N° 85

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

TUMEURS PRIMITIVES
DES TROMPES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 23 JUILLET 1910

PAR

CHARLES BOURRÉLY

Né à Montpellier le 12 janvier 1878

Aide d'Anatomie (Concours 1902)
Externe des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1902)
Interne provisoire des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1905)
Interne des Hôpitaux de Nimes et Répétiteur du cours d'Accouchement à la Maternité du Gard (Concours 1906)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
GRYNFELTT, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

1910

TUMEURS PRIMITIVES

DES TROMPES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0047

N° 85

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

TUMEURS PRIMITIVES DES TROMPES

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 23 JUILLET 1910

PAR

CHARLES BOURRÉLY

Né à Montpellier le 12 janvier 1878

Aide d'Anatomie (Concours 1902)
Externe des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1902)
Interne provisoire des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1905)
Interne des Hôpitaux de Nimes et Répétiteur du cours d'Accouchement
à la Maternité du Gard (Concours 1906)

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
GRYNFELTT, Agrégé
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR
IZARD..... SECRÉTAIRE.

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	H. BERTIN-SANS.
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutan..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.....	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.*	GRYNFELTT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR PAUL BOURRELY

Chevalier de la Légion d'Honneur

C. BOURRÉLY.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

C. BOURRÉLY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET MAITRE

Monsieur le Professeur TÉDENAT

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur GRANEL

A MON MAITRE ET AMI

Monsieur le Professeur Agrégé SOUBEYRAN

A MON MAITRE ET AMI

Monsieur le Professeur Agrégé GRYNFELTT

C. BOURRÉLY.

A MES MAITRES

DES CONFÉRENCES D'INTERNAT.

Monsieur le Professeur RAUZIER.
Monsieur le Professeur Agrégé JEANBRAU.
Monsieur le Professeur Agrégé GAUSSEL.
Monsieur le Professeur Agrégé RICHE.

A MES MAITRES

DU LABORATOIRE D'ANATOMIE

Monsieur le Professeur GILIS.
Monsieur le Professeur MOURET.

A MES MAITRES

DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

EXTERNAT

Monsieur le Médecin Principal DE SCHUTTELAERE.
Monsieur le Professeur ESTOR.
Monsieur le Professeur GRASSET.

INTERNAT PROVISOIRE

Monsieur le Professeur Agrégé VEDEL.

A MES MAITRES

DES HÔPITAUX DE NIMES

Monsieur le Médecin Principal BECHARD
Monsieur le Docteur OLIVIER DE SARDAN
Monsieur le Docteur LASSALE

MEIS ET AMICIS

C. BOURRÉLY.

TUMEURS PRIMITIVES

DES TROMPES

HISTORIQUE

L'étude des tumeurs primitives des trompes est de date toute récente. Ce n'est qu'au cours de ces quinze dernières années que leurs caractères cliniques et anatomiques ont été fixés, grâce aux nombreuses interventions, pratiquées sur l'utérus ou sur les annexes. Leur existence a été également méconnue, parce qu'elle était niée par d'éminents chirurgiens.

Courty, en 1881, écrivait : « Le cancer se développe rarement dans les trompes. Il s'y développe de préférence par l'extension du cancer utérin, rarement avec le cancer des ovaires, car on peut trouver, sur ces organes, la trompe de Fallope saine, contrastant par son faible volume et son intégrité, avec l'énorme tuméfaction et la profonde dégénérescence de l'organe germinateur. »

Le professeur Karl Schroeder, de Berlin, dans les *Maladies des Organes génitaux de la Femme*, 1890, p. 379, nie l'existence du carcinome primitif des trompes.

Follin et Duplay soutiennent la même opinion que Schroeder.

Dans les traités classiques les auteurs parlent très brièvement des tumeurs de la trompe.

Bonnet et Petit disent que cette affection est très rare, et que la tumeur primitive est toujours confondue avec une autre affection.

Pozzi, dans son traité de gynécologie, en dit quelques mots, et signale le mémoire de Saenger et Barth.

Labadie, Lagrave et Legueu consacrent un court article à ces néoplasmes. Ils concluent en ces termes : « L'histoire clinique de ces tumeurs est à faire toute entière ; elles sont impossibles à distinguer des salpingites ou de l'hématosalpinx avec lesquels elles ont toujours été confondues. »

Dans le traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, Le Dentu et Bonnet signalent l'existence de kystes et de fibromes tubaires qui n'ont pas de pathologie propre et ne comportent comme traitement que l'extirpation.

Ils écrivent au sujet des sarcomes et des épithéliomes : « Si l'anatomie pathologique de ces tumeurs est bien connue, grâce à l'analyse des observations publiées, et aux travaux d'A. Doran, de Saenger, von Kahlden, Danel, leur histoire clinique est moins précise en raison de leur rareté et des difficultés de diagnostic qu'elles présentent. »

Boursier, dans son précis de gynécologie, passe rapidement en revue les tumeurs de la trompe. Il cite les travaux les plus importants, faits sur cette question.

Dans tous les traités classiques, les auteurs signalent les tumeurs primitives des trompes, et en parlent très brièvement.

Aujourd'hui leur existence et leur importance sont démontrées par de nombreux travaux.

Alban Doran, le premier, attire l'attention sur les tumeurs papillaires, en 1879. Il s'agissait d'une pièce anatomique fournie par Spencer Wells. C'est encore à propos de cette pièce que Spencer Wells écrivait en 1885 : « Voici le seul cas de tumeur papillomateuse que j'aie jamais enlevée. »

Orthmann (1888) publie le premier cas connu d'épithélioma primitif, cas dû à Auguste Martin. Il décrit deux cas personnels d'épithéliomas secondaires, enfin il fait une révision complète de tous les faits d'épithéliomas secondaires publiés antérieurement.

Doran (1888-1889) publie le deuxième cas de cancer primitif qui est suivi du cas de Kaltenbach. En 1896 (*A system of gynæcology of Albutt and Playfair*) il étudie les cancers primitifs d'après les trois cas de carcinome primitif de Orthmann, Doran, Kaltenbach et d'après les deux cas de sarcomes de Saenger et Gottschalk.

Bland-Sutton (1891) reprend l'étude du cas publié en 1879 par Doran sous le nom de papillome. Il en fait un adénome. Il décrit un cas analogue. Il affirme la rareté des épithéliomas primitifs et des fibromyomes, mais il ne fait pas mention des sarcomes.

Max Saenger et Justus Barth (*Krankheiten der Eileiter de Martin*) donnent une étude anatomo-pathologique détaillée de carcinomes, et en font une excellente division, admise par presque tous les auteurs. Ils publient dix-sept cas d'épithéliomas primitifs. En même temps ils étudient quelques cas de tumeurs conjonctives.

Schirchoff (*Du papillome des trompes de Fallope : thèse de Saint-Pétersbourg 1899*) fait une étude très complète de la question.

Macrez (*Thèse de Paris, 1899*) étudie les tumeurs papillaires des trompes.

Poret (*Thèse de Paris 1899*) fait une étude approfondie des fibromyomes tubaires. Danel (*Thèse de Paris 1899*) donne une étude anatomo-pathologique très détaillée des tumeurs épithéliales et des sarcomes. Il réunit 35 cas, dont 5 sarcomes, 1 déciduome malin, et 29 carcinomes.

En 1901, Quénu et Longuet, dans un important mémoire, paru dans la revue de chirurgie, donnent la bibliographie complète de la question. Ils font une étude complète et très documentée sur toutes les variétés des tumeurs des trompes.

Routier, Tuffier et Boursier ont publié des observations isolées avec commentaires.

Karl Heinrich Schaefer (*Ein Beitrag zu Kazuistic des primaeres Tubencarzinom, Leipzig, 1901*) publie un cas d'hydrosalpinx avec un gros nodule carcinomateux et grosse tumeur utérine.

Dierner et Fonyo (de Budapest) relatent (dans *Szulesz et Nogcso-giaszat de 1902 n° 2*) deux cas de cancer primitif des trompes.

Nadory (*Centralblatt fur Gynaekol, 1904*) en décrit deux autres cas.

Peham (*Primaeres Carcinom der Tube in Zeit. Für Heil 1903*) présente 3 cancers primitifs bilatéraux que l'on avait pris pour des annexites ordinaires. Après avoir réuni 62 cas de cancers primitifs, il fait une description du cancer tubaire, en passant en revue les opinions des principaux auteurs.

M. le professeur Tédenat (dans les *Archives provinciales de chirurgie, 3 mars 1906*) publie trois observations de tumeurs papillaires des trompes, avec une étude très détaillée de cette variété de tumeurs.

Kehrer (Heidelberg) (*Monatsch, f. Geb. und Gyn.*, 1909 Hft VII, p. 327) publie une observation du cancer primitif. Il étudie ensuite le cancer tubaire.

Doran, en 1904, réunit 62 cas d'épithéliomas primitifs. En 1910 il en publie 40 autres cas.

L'existence des tumeurs primitives des trompes se trouve nettement établie par ces nombreux travaux d'auteurs dont les opinions font loi sur ce sujet.

Dans l'étude que nous nous proposons de faire, nous éliminerons toutes les tumeurs inflammatoires et parasitaires, qui ne sont pas à proprement parler des tumeurs au sens anatomique.

C'est ainsi que nous éliminerons toutes les variétés de salpingites, la grossesse extra-utérine, la tuberculose, l'actinomycose, etc.

Les tumeurs des trompes se divisent en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes.

Les tumeurs bénignes comprennent l'enchondrome, les kystes, les fibromes, les fibromyomes, le papillome et l'adénome.

Les observations de lipome, le lymphadénome de la trompe ne semblent pas exister. Les tumeurs malignes comprennent un cas de déciduome malin, des sarcomes, des tumeurs mixtes et des épithéliomas. De toutes ces tumeurs les plus importantes sont les tumeurs épithéliales.

Nous décrirons d'abord les tumeurs conjonctives bénignes, en commençant par les moins fréquentes, et nous terminerons par l'étude des tumeurs conjonctives malignes. Nous étudierons en dernier lieu les tumeurs épithéliales.

Nous terminerons en disant quelques mots des tumeurs exo-salpingiennes. Par leur connexion avec les trompes,

par leur développement aux dépens d'organes rudimentaires, qui ont au point de vue embryologique la même origine que les trompes, elles méritent d'être décrites avec les tumeurs primitives des trompes.

ENCHONDROME

Thibaut a publié une observation de tumeur cartilagineuse de la trompe droite.

Cette trompe droite était flexueuse, à parois épaissies avec pavillon fermé. La section montrait des villosités très hypertrophiées. Sous le pavillon, on voyait une tumeur de la grosseur d'une grosse noisette, à parois rugueuses, de consistance cartilagineuse, et faisant corps avec la tunique externe de la trompe. A l'examen microscopique on trouva sous le pavillon dont les franges étaient soudées, un enchondrome formé de tissu cartilagineux à petites et à grandes cellules. La partie centrale était ramollie et les parois en certains points étaient atteintes de dégénérescence calcaire.

Après la lecture de cette observation, il est impossible de conclure d'une manière formelle à l'existence de l'enchondrome tubaire.

C'est l'opinion de Quénu et Longuet qui considérent cette tumeur comme étant d'origine para-tubaire avec englobement consécutif de la trompe.

KYSTES DE LA TROMPE

Fréquemment on voit sur le pavillon des trompes, enlevées pour salpingites, de petits kystes. Ils sont au milieu des franges, possèdent un pédicule, dont la longueur varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres. On en rencontre aussi sur la face externe de la trompe, comme cela a été signalé par plusieurs auteurs et notamment par Cornil (communication à la Société d'Anatomie). Ils paraissent développés aux dépens du parovaire. D'origine probablement inflammatoire, ces kystes très communs ne présentent aucun intérêt. Nous nous bornerons à signaler leur existence.

Nous possédons trois observations de kystes dermoïdes : celles de Pozzi 1897, de Jacobs 1899, et de Notto 1900. En raison de la rareté des kystes dermoïdes tubaires nous allons citer les caractères principaux de ces observations.

Cas de Pozzi. — Tumeur dermoïde intra-tubaire avec glandes sébacées et poils, ayant traversé le plafond de la trompe. Un kyste conjonctif enveloppait cette tumeur. L'examen histologique fait par Latteux, montre la tumeur constituée par un derme, un épiderme avec glandes sébacées, glandes en grappe, glandes sudoripares, autour du

derme du tissu adipeux avec vaisseaux et capillaires. Quelques poils traversent les villosités tubaires.

Cas de Jacobs. — Femme de 48 ans, nullipare, atteinte de fibrome utérin et d'annexite. A gauche de l'utérus et accolée contre cet organe, il y avait une tumeur arrondie, immobilisée, très douloureuse, qui fut prise pour un pyosalpinx. Depuis trois ans la menstruation était irrégulière et douloureuse.

On fit l'hystérectomie vaginale totale, qui fut très difficile à cause des adhérences, et des lésions de salpingite.

A l'examen de la pièce, la trompe gauche très allongée, du volume du petit doigt, présentait à son extrémité externe vers le pavillon, une tumeur arrondie, du volume d'une mandarine, à surface péritonéale très adhérente. Elle était formée d'une coque musculo-péritonéale, à contenu sébacé et calcaire. L'ovaire était normal, sauf quelques petits kystes séreux.

A l'examen histologique, on reconnaît qu'il s'agit d'un kyste dermoïde de structure simple, et qu'il ne peut être question d'un kyste du ligament large.

Cas de Notto. — Femme de 25 ans, bien réglée, qui avait constaté depuis quatre ans l'apparition d'une tumeur indolente dans la fosse iliaque droite. Bientôt elle souffrit de douleurs pelviennes avec irradiation dans les jambes, la région lombo-sacrée, et jusqu'à l'épigastre. On trouva à l'examen clinique une masse occupant la moitié droite de l'excavation pelvienne, à parois lisses ; élastique, obscurément fluctuante et mobile, située contre l'utérus, du volume d'une grosse orange, semblant faire partie du feuillet postérieur du ligament large.

Le diagnostic porté, fut celui de kyste de l'ovaire droit à

développement intra-pelvien. A la laparotomie, la tumeur se montra pédiculisable. Durant la manœuvre de libération, elle se rompit, et un liquide dense, de couleur blanchâtre, d'apparence sébacée, s'échappa du kyste. Cette tumeur provenait de la trompe droite au voisinage de la corne utérine correspondante. Ablation de l'ovaire polykystique. Guérison.

L'examen de la pièce montra une tumeur du volume d'une grosse orange, provenant de la trompe droite. Elle mesurait 12 centimètres de diamètre transversal, 8 centimètres dans sa longueur et 24 centimètres dans sa circonférence maxima. Elle contenait une substance caséeuse ; ses connexions permettent d'éliminer les kystes dermoïdes de l'ovaire et ceux du ligament large, et d'affirmer l'origine tubaire.

L'ovaire du côté correspondant présentait un petit kyste; l'autre était micro-kystique.

L'examen histologique prouva par l'acide osmique qu'il s'agissait bien de graisse, et que la paroi avait une structure dermoïde.

FIBROMES DE LA TROMPE

Il existe bien des épaississements fibreux des trompes, mais ils ne méritent pas la dénomination de fibromes. Ce sont des épaississements purement inflammatoires.

Chiari, Jayle, Schauta, les ont soigneusement étudiés ; aussi classerons-nous ces épaississements fibreux d'origine infectieuse parmi les différentes lésions inflammatoires déterminées par les pachy-salpingites.

Cependant le fibrome de la trompe existe. Le cas de Rudolph (1898) avec examen microscopique en est la preuve.

Comme nous ne possédons que cet unique cas, nous donnons la description détaillée de cette observation :

« Malade, dont l'utérus et les annexes furent enlevés par le vagin, pour utérus myxomateux et tumeur tubaire gauche. La libération de cette dernière fut très difficile, parce que vers la partie moyenne de la trompe se trouvait une tuméfaction. On ignorait s'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine des premiers mois ou d'un pyosalpinx.

A l'examen de la pièce, on vit, à 2 centimètres de l'extrémité utérine, une tumeur de la trompe gauche en forme d'œuf de pigeon, qui s'étendait jusqu'à 3 centimètres de l'extrémité abdominale de cette trompe, et semblait avoir

gonflé concen'riquement cet organe. La consistance en était assez dure ; pas de fluctuation. La trompe, dans les régions non occupées par la tumeur, était d'apparence saine. Trompe et ovaire soulevaient un mésosalpinx large et court, peu épais. La séreuse était rose pâle, non injectée, sans fausse membrane.

A l'examen d'un morceau cunéiforme de l'extrémité éloignée, et d'un autre fragment de la partie moyenne, on vit qu'il ne s'agissait pas d'une tuméfaction concentrique de la trompe, mais d'une tumeur provenant de son plancher et s'infiltrant entre les feuillets du ligament large. La trompe courait sur sa face supérieure.

La tumeur elle-même consistait en un tissu blanc, ferme, luisant, fibreux, dont les fibres se dirigeaient en toutes directions, c'était là l'aspect microscopique d'un fibrome, mais pour plus de précision on fit l'examen histologique.

Cet examen démontra que la tumeur était constituée par un *fibrome pur*, composé de fibres avec un peu d'éléments cellulaires, sans participation de fibres musculaires. A la périphérie de la tumeur, se trouvait un tissu de capsulation. En même temps il y avait un adénomyome de l'utérus.

FIBROMYOMES DE LA TROMPE

La couche musculaire de la trompe, comme celle de l'utérus, peut donner naissance à des myomes. Mais cette variété de tumeur tubaire est rare. En 1876, *Barnes* écrivait que les fibromyomes de la trompe sont exceptionnels et qu'ils ne sont peut-être pas d'origine tubaire. Contre cette assertion de *Barnes*, l'existence des fibromyomes est démontrée par des observations cliniques, contrôlées par l'examen microscopique. Il existe, en effet, *15* cas de fibromyomes de la trompe. Mais sur ces *15* cas *5* doivent être éliminés. Ils ne peuvent être admis comme irréfutables, parce qu'ils manquent du contrôle de l'examen histologique. Ce sont les cas de *Baillie* et *Hooper*, 1818; de *John Young Myrle*, 1849; de *Simpson*, 1872; de *Thomas*, 1881; de *Pilliet*, 1894.

Etiologie. — L'âge des maladies ne semble avoir aucune influence sur le développement de la tumeur. Dans *6* cas, les malades avaient de 20 à 30 ans; dans *3* cas, de 30 à 40 ans; dans *1* cas, de 40 à 50 ans; dans *2* cas, au-dessus de 50 ans.

La puerpéralité ne joue également aucun rôle dans la production de la tumeur.

Sur 5 malades qui avaient eu des enfants, *2* avaient eu des accouchements normaux, *2* des accouchements pénibles, *1* un accouchement prématuré.

Anatomie pathologique. – La tumeur peut siéger sur n'importe quel point de la trompe. Dans le cas de *Le Dentu*, elle siégeait sur une frange du pavillon.

Le volume de la tumeur varie entre la dimension d'une merise (*Quénu* et *Longuet*) et celle d'une tête de fœtus à terme (*Barette*, obs. nº 1.) Entre ces dimensions extrêmes existe toute une série de dimensions intermédiaires: volume d'une noix (*Spaeth*), d'un œuf (*Schwartz*), d'une mandarine (*Bland-Sutton*), d'un citron (*Wettergreen*), d'une orange (*Jacobs.*)

Suivant que la tumeur se développe vers l'intérieur de la cavité tubaire, ou vers le péritoine, ou dans l'épaisseur de la paroi, on observe les variétés suivantes :

Fibrome sous-muqueux (*Baillie* et *Simpson*, *Wettergreen*).

Fibrome sous-séreux, sessile ou pédiculé, inséré sur la face externe de la trompe. Ce pédicule peut se tordre comme dans le cas de *Barette* nº 1. Ces tumeurs ont un développement abdominal, ou bien elles peuvent s'insinuer entre les feuillets du ligament large (*Bland Sutton*).

Fibrome interstitiel qui détermine une augmentation du volume de la paroi tubaire.

La tumeur peut être mobile ou bien présenter des adhérences avec l'intestin, la vessie et le grand épiploon (*Barette* nº 1). Elle peut déterminer des phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum. Sa consistance est ferme et ligneuse. Elle varie si la tumeur est atteinte de dégénérescence. Elle est excessivement dure s'il y a calcification (cas de *Barette*).

Elle est molle s'il y a dégénérescence kystique et lymphangiectasique. (*Quénu* et *Longuet*).

Si on la sectionne elle est dure, et crie sous le scalpel ; sa surface de section est blanche.

A l'examen microscopique la structure est celle du fibromyome classique.

La trompe est noueuse et bosselée.

Tantôt sa lumière est élargie (*Jacobs*), tantôt elle est aplatie, rétrécie (*Barette* n° 2, *Quénu* et *Longuet*).

L'ovaire est scléro-kystique (*Bland Sutton*, *Carrière* et *Legrand*) atrophié, œdémateux (2 cas de *Barette*).

Symptomatologie. — Les symptômes des fibromyomes tubaires ne présentent rien de caractéristique dans leur ensemble. Souvent même la tumeur est une surprise d'autopsie ou d'opération.

Les phénomènes douloureux sont les plus fréquents. Ce sont des douleurs continues siégeant dans la région hypogastrique avec irradiation dans les lombes.

Parfois ces douleurs se présentent sous forme paroxystique. Elles atteignent alors une acuité extrême et s'accompagnent de vomissements. Rarement elles sont exagérées par la marche au point de condamner la malade au repos absolu. (*Carrière* et *Legrand*.)

La compression du rectum entraîne des troubles de la défécation et de la miction : difficultés d'aller à la selle et dysurie.

Comme dans toutes les inflammations de la trompe, les métrorragies sont fréquentes. Elles étaient très abondantes dans le cas de *Schwartz*, peu abondantes dans les cas de *Spaeth* et *Wettergreen*. Il n'y avait qu'un simple retard des règles dans l'observation de *Le Dentu*. Mais le cas le plus intéressant est celui de *Carrière* et *Legrand* où la suppression des règles était précédée de violentes douleurs.

L'examen de la malade parfois ne révèle rien. La palpation abdominale permet de sentir une tumeur dure, lisse, ou bosselée (*Le Dentu*, *Porret*), quand la tumeur présente un développement assez considérable.

Le toucher vaginal montre, dans un ou plusieurs culs de sac, une tumeur dure et lisse, faisant corps avec l'utérus ou absolument libre.

Les culs de sac sont quelquefois douloureux, signe d'inflammation, qui fait prévoir l'existence d'adhérences.

Par le toucher rectal on apprécie la consistance de la tumeur, ses rapports avec les ligaments larges et l'utérus, mais surtout le degré de compression qu'elle détermine sur le rectum.

Le cathétérisme vésical indique la compression ou la déformation de la vessie.

Diagnostic. — Le diagnostic n'a jamais été posé. La tumeur a été confondue avec une tumeur solide de l'ovaire (*Schwartz*) de l'utérus (*Le Dentu*, *Barette* n° 1, *Quénu* et *Longuet*).

Le pronostic est bénin, mais s'il s'agit d'une femme enceinte, la tumeur peut, suivant ses dimensions, devenir une cause de dystocie.

Traitement. — La tumeur doit être enlevée, d'abord en raison des accidents qu'elle peut occasionner par son développement, puis, parce qu'elle peut être une cause de dystocie grave au moment de l'accouchement.

La méthode de choix sera la salpingectomie avec ablation de l'ovaire, toutes les fois que ce dernier présentera des lésions. Dans les cas de fibromes sous-séreux, on pourra faire une polypectomie abdominale (*Schwartz*).

On pourra pratiquer l'énucléation avec reconstitution des

feuillets du ligament large s'il y a enclavement du fibrome entre ces deux feuillets (*Bland Sutton*) : ou bien la myomectomie interstitielle ou sous-muqueuse, si le fibrome est interstitiel ou sous-muqueux. Mais les annexes devront toujours être enlevées complétement, si elles présentent des lésions.

SARCOMES

Sur les sept observations de sarcomes de la trompe, deux seulement sont complètes. Ce sont celles de Gottschalk et de Jacobs Dans le cas de Jeanvrin, l'anatomie pathologique des pièces enlevées est seule rapportée. Il en est de même dans les trois cas de Dixon Jones. Dans ces trois observations, comme le font remarquer Quénu et Longuet « les pièces avaient été adressées à l'anatomo-pathologiste à titre de grossesse extra utérine, les malades ayant succombé à une hémorragie péritonéale. » L'observation de Violet manque du contrôle histologique.

Anatomie pathologique. — La tumeur est unilatérale. Elle siège tantôt du côté droit tantôt du côté gauche. Le tiers interne de la trompe est toujours respecté. C'est sur le tiers externe ou sur le tiers moyen que siège la tumeur.

Le volume de la tumeur est variable. Le néoplasme est comparé par Gottschalk à une noix et par Jacobs à une orange. Il avait la forme et le volume d'un rein chez la malade de Violet.

La surface est lisse aussi bien du côté de la séreuse que du côté de la muqueuse. Des adhérences l'unissent aux

parties voisines : l'intestin et la vessie (*Jacobs*), les parois pelviennes (*Violet*).

Des métastases se produisent sur les autres organes : foie (*Jacobs*), Douglas (*Gottschalk*), utérus (*Violet*).

La lumière de la trompe est tantôt perméable, tantôt élargie, tantôt aplatie. La muqueuse n'est pas ulcérée.

L'examen microscopique montre la structure des sarcomes en général. On trouve des sarcomes globo-cellulaires, fuso-cellulaires, des myxo-sarcomes et un cas de sarcome mélanique. Dans le cas de Dixon Jones, nº 1, on peut suivre la transformation des fibres musculaires.

On voit d'abord que le fuseau devient grossièrement granuleux et qu'en son intérieur des fragments de protoplasma solide ou grossièrement granuleux font leur apparition. En même temps que ce changement, on observe une augmentation énorme du volume des fuseaux.

Ensuite les fragments de l'intérieur des fuseaux s'étendent et se disposent en chaînes ou en rayons, sans qu'il y ait pour cela un notable changement dans la forme même du fuseau. A un stade plus avancé, les fuseaux se dissolvent en chaînes ou en rayons de masses protoplasmiques distinctes, dont un grand nombre gardent une forme conique indiquant ainsi qu'ils proviennent d'un faisceau musculaire.

Comme étape terminale de la transformation nous voyons apparaître de grandes masses protoplasmiques régulières, nucléées, qu'on peut considérer comme élément typique d'une tumeur myéloïde.

Cette observation montre que le sarcome tubaire prend son origine dans la musculeuse. Les caractères anatomiques des autres cas de sarcomes en constituent d'autres preuves. Ainsi dans le cas de Jacobs :

La tumeur annexielle, du volume d'une grosse orange,

développée sur le tiers moyen de la trompe gauche, était très adhérente, malgré sa mobilité apparente. Elle était formée d'un tissu assez mou, à suc cellulaire abondant, présentant les caractères macroscopiques du sarcome. Le tiers interne de la trompe présentait des lésions de salpingite interstitielle. Le tiers externe était replié sur lui-même, le pavillon soudé. Cette dernière partie formait une tumeur fluctuante, mamelonnée, de la grosseur d'une noix ; l'ovaire était microkystique, volumineux, complètement indépendant de la tumeur. La lumière de l'oviducte était agrandie, la muqueuse indemne. A l'examen histologique, on a constaté qu'il s'agissait d'un sarcome de la musculeuse.

Symptomatologie. — Nous ne possédons que trois observations de sarcomes avec les symptômes cliniques. Aussi allons-nous analyser leurs caractères cliniques.

Dans les trois cas de Dixon Jones, le néoplasme détermine des hémorrhagies péritonéales graves qui entraînent la mort.

C'est là un tableau clinique qui est loin de faire penser à une tumeur maligne de la trompe.

Des douleurs hypogastriques très violentes sont les seuls symptômes signalés dans le cas de Gottschalk.

La malade de Jacobs présente une diarrhée profuse avec dépérissement rapide, des douleurs pelviennes gauches, un état général mauvais.

Dans toutes ces observations, on trouve une tumeur dure, lisse, juxta-utérine.

La malade de Violet a des pertes glaireuses et rosées à chaque effort. Plus tard elle présente trois abondantes hémorragies qui nécessitent le tamponnement. A un premier examen on trouve un utérus volumineux, bosselé, et une tumeur, du volume d'une orange, à gauche. A un deuxième

examen l'état général est très altéré. L'ascite est abondante avec œdème des membres inférieurs ; à gauche, la tumeur est du volume d'une tête d'enfant; l'utérus est de la grosseur du poing.

L'aspect clinique des sarcomes est essentiellement variable. Mais de l'analyse des cas que nous possèdons, on peut tirer les conclusions suivantes : Il existe toujours une tumeur juxta-utérine quand il y a des hémorragies ; elles sont très abondantes et peuvent être mortelles ; la malade peut avoir des pertes glaireuses, des douleurs pelviennes ou hypogastriques ; l'état général s'altère parfois d'une façon précoce ; l'ascite se montre à une période avancée, mais elle est alors très abondante, et détermine de l'œdème des membres inférieurs.

Le diagnostic n'a jamais été fait. La rareté des cas et la pauvreté des documents cliniques ne permettent pas d'esquisser un syndrome capable d'émettre l'hypothèse de l'existence d'un sarcome.

Les *résultats* opératoires sont peu favorables.

La malade de Gottschalk meurt *quatre* jours après l'opération. Celle de Jeanvrin meurt quelques heures après l'opération. La récidive a lieu au bout d'un an dans l'observation de Jacobs. Violet ne parle pas des suites opératoires. Mais il est bien probable que la malade a dû succomber ; au moment de l'opération son état de faiblesse a empêché de pratiquer une intervention radicale.

Le *traitement* doit être identique à celui des épithéliomes.

TUMEURS MIXTES DE LA TROMPE

Quénu et *Longuet* décrivent sous la dénomination de tumeurs mixtes de la trompe trois observations considérées comme sarcomes par leurs auteurs.

Ce sont les cas de Senger (1886) Saenger (1890) Von Kahlden (1891). — A ces trois observations nous ajouterons le cas de Von Franqué, désigné par son auteur sous le nom de carcino sarco-endothéliome, et celui de Schaefer.

Dans tous ces faits la prolifération des cellules néoplasiques s'est faite aux dépens du tissu conjonctif et du tissu épithélial de la trompe.

« L'observation de *Senger* manque de renseignements cliniques. — Chez une femme de 31 ans, morte dans le coma diabétique, et qui n'avait aucun symptôme du côté de l'appareil génital pendant la vie, on trouva à l'autopsie, les deux trompes dilatées dans leur segment externe. La trompe gauche était du volume d'un œuf de pigeon ; elle donnait la sensation d'une masse demi-fluide. Elle contenait une tumeur jaunâtre, ramollie au centre, de forme arrondie, nageant au milieu d'un liquide chocolat. La cavité tubaire n'était libre qu'en quelques points ; le parovaire fut introuvable et l'ovaire de ce côté atrophié. La trompe droite était également kystique, l'ovaire et le parovaire étaient normaux.

Dans le Douglas, on trouva une tumeur large comme une pièce de 50 centimes.

A l'examen histologique, les formations polypiformes se résumaient en une série d'altérations papillaires, constituées par du tissu conjonctif, délicat, englobant dans ses mailles des *cellules rondes*, de dimension égale aux leucocytes. Le centre de chaque papille était occupé par un réseau vasculaire abondant et la base par du tissu conjonctif et des cellules rondes. *Senger* ajoute qu'il s'agit évidemment d'un *sarcome à petites cellules.*

Les autres végétations avaient la même structure. Le tissu sarcomateux se développait dans toute la muqueuse jusqu'à la sous-muqueuse, mais n'envahissait pas la musculeuse quoique celle-ci fût hypertrophiée. Les vaisseaux y étaient élargis. Dans la trompe gauche, sarcome à petites cellules rondes, sans surface papillaire, très vasculaire en plusieurs endroits et s'étendant jusqu'à la surface externe de la trompe élargie. Par endroits l'*aspect est carcinomateux*, mais ce n'est qu'un tissu sarcomateux qui s'accumule dans les fentes lymphatiques. Le noyau de Douglas est de même structure, mais plus jeune et évidemment secondaire.

Le point très particulier sur lequel insiste l'auteur, c'est qu'il y avait au sein du tissu sarcomateux des utricules glandulaires tapissés par un épithélium *cylindrique* et pourvu d'une membrane propre.

Dans le cas de *Saenger* (1890) il s'agit d'une femme de 42 ans, qui depuis six mois présentait une augmentation de volume du ventre. La trompe gauche, extraite par l'opération, avait l'aspect d'une portion d'intestin ; elle était remplie de végétations papilliformes au nombre d'une douzaine, en forme de champignons, rappelant assez l'aspect acuminé. Mêmes formations à droite, mais moins développées. Six

mois après, la malade succombait de généralisation dans l'utérus et les ganglions inguinaux.

A l'examen histologique, les végétations polypiformes les plus volumineuses étaient constituées par des amas encapsulés de petites cellules arrondies, affectant des rapports plus ou moins étroits avec des *cordons alvéolaires de cellules épithéliales*.

Quant aux papilles, elles étaient recouvertes d'un épithélium cylindrique. *Saenger* conclut à un sarcome, à petites cellules arrondies, de la muqueuse, mais cette tumeur offrait, comme particularité, que les éléments épithéliaux prenaient part à sa constitution. On pourrait, dit-il, parler ici de *sarco-carcinome*.

Le troisième cas, celui de *Von Kahlden*, est une pièce d'autopsie provenant d'une femme de 51 ans, ayant accusé une pesanteur hypogastrique depuis trois mois, et qui succomba de cachexie en trois ans environ. A l'examen macroscopique on constata que la trompe droite était transformée en une poche de 16 centimètres de haut, sur 19 de large, remplie par une masse mamelonnée intimement unie à la muqueuse. Mêmes lésions dans la trompe gauche, qui était plus volumineuse encore. Le néoplasme s'étendait aux ovaires et avait semé de nombreux noyaux métastatiques sous le péritoine.

A l'examen histologique, on trouva que la tumeur était constituée par du tissu sarcomateux, à éléments ronds ou ovales, irréguliers, des dimensions d'un leucocyte, avec mince couche protoplasmique périnucléaire. En outre il y avait quelques grosses cellules avec constitution variable de leurs noyaux ; quelques-unes avaient 4 à 6 noyaux. Dans le néoplasme tubaire gauche, on voyait une grande abondance de *cellules géantes*. Dans les ligaments larges les lymphatiques étaient remplis par des masses de cellules néoplasi-

ques. Au premier stade, ces canaux sont remplis par des masses de cellules arrondies ; plus tard les cellules prolifèrent, forment plusieurs couches et projettent dans la lumière des prolongements qui finissent par constituer au sein des cellules néoplasiques de véritables cellules géantes à 5 ou 6 noyaux, dont l'origine endothéliale ne laisse pas de doute. A un stade plus avancé, les modifications de l'endothélium sont encore plus volumineuses et forment des ilôts au sein des cellules sarcomateuses. Mais en outre, au milieu de la masse néoplasique, on voit des formations spéciales sans rapport avec la musculaire de l'épithélium tubaire et constituées par de *petites cellules épithéliales*, en traînées, ou en cordons, ou en papilles. Le point de départ est entre l'épithélium et la musculaire ; l'envahissement de l'ovaire et du ligament large est secondaire.

Dans le cas de *Von Franqué*, la malade était âgée de 51 ans. Depuis trois mois son abdomen avait augmenté de volume.

Des douleurs pelviennes s'étaient montrées récemment à la suite d'une fatigue. En examinant cette malade on sentait une tumeur de la grosseur de la tête d'un enfant, du côté droit de l'abdomen, et à gauche une autre tumeur atteignant l'ombilic.

Laparotomie. — On enlève les deux annexes fortement adhérentes au péritoine pariétal et à l'intestin. La malade meurt de syncopes cardiaques peu de jours après.

L'utérus et l'ovaire droit atrophié ne sont enlevés qu'au moment de l'autopsie.

La tumeur occupe la partie externe de la trompe gauche. Elle est irrégulière, de consistance molle et déchiquetée. Sur des coupes, faites dans le sens de sa longueur, elle est composée de masses encéphaloïdes, formant des noyaux plus ou moins arrondis.

La trompe droite est transformée en une cavité saxiforme longue de 30 centimètres et particulièrement dilatée dans son extrémité abdominale. Son contenu est brunâtre, contenant du sang et de petites masses néoplasiques. La surface interne est parsemée de productions papillaires. Dans la partie utérine, séparée complètement du reste de la trompe, se trouve une tumeur pédiculée du volume d'une noix.

L'examen histologique montre les particularités suivantes :

Dans la trompe droite. — 1° Les petits noyaux néoplasiques tapissant la paroi interne de l'extrémité abdominale de la trompe sont constitués essentiellement par du tissu sarcomateux ; cellules rondes à gros noyaux, ayant subi par places la dégénérescence myxomateuse.

L'épithélium tubaire qui recouvre ces productions présente la transformation carcinomateuse en formant de petites excroissances papillaires ou en envoyant des prolongements dans la profondeur du noyau sarcomateux. Le développement de ce dernier est nettement antérieur à la dégénérescence carcinomateuse de l'épithélium ; 2° le polype de la partie utérine de la trompe est surtout un adéno-carcinome, mais on y trouve aussi des productions myxomateuses et sarcomateuses.

Dans la trompe gauche. — 1° Pas de modification de structure dans son extrémité utérine ; 2° dans la portion de la trompe servant de passage entre la portion saine et la tumeur, l'épithélium est soulevé par des masses néoplasiques de nature sarcomateuse constituées en partie par des cellules rondes, en partie par des cellules fusiformes. Ces productions semblent s'être développées aux dépens de la

muqueuse tubaire. L'épithélium de cette muqueuse est en partie normal, en partie atteint par la dégénérescence carcinomateuse plus ou moins avancée; 3° la tumeur est constituée par du tissu carcinomateux typique avec, par places, des noyaux de carcinome provenant des replis incarcérés de la muqueuse tubaire; 4° dans sa partie sous-péritonéale la tumeur est un sarcome pur; 5° on y rencontre des canaux ramifiés, communiquant les uns avec les autres, qui ne sont autres que des vaisseaux. On peut voir ces vaisseaux normaux se continuer avec d'autres canaux contenant également du sang, mais dont le revêtement endothélial a subi des modifications importantes. On peut très bien suivre les modifications de ce revêtement, qui aboutissent à la formation de véritables endothéliomes; 6° il existe dans la tumeur, non loin de la surface externe de la trompe, une bande de tissu plus foncé et dont la structure rappelle assez exactement du cartilage hyalin. Il semble être le résultat d'une transformation de l'endothélium.

Sur la surface interne de l'utérus on trouve une tumeur, pédiculée, polypiforme, et dont la structure est celle d'un sarcome pur.

Dans le cas de *Schaefer* la malade, âgée de *43* ans, avait eu 2 grossesses, dont la dernière il y a *23* ans. Les règles étaient régulières. Depuis *2* mois la malade avait constaté que son ventre grossissait. La malade souffrait de cystite. L'état général était atteint. La malade avait considérablement maigri. L'examen de cette malade révélait l'existence de deux tumeurs : à droite une tumeur pédonculée, à gauche une tumeur solide. La laparotomie est pratiquée. Les *2* annexes sont enlevées. L'utérus, quoique gros, n'est pas enlevé.

La malade vivait encore *18* mois après l'opération, mais elle présentait de l'ascite, et des noyaux cancéreux dans

l'abdomen. La lèvre postérieure du col utérin portait un ulcère cancéreux.

La tumeur droite avait la forme d'un hydrosalpinx sans excroissances dans sa lumière. La trompe gauche formait un kyste qui contenait un liquide puriforme inodore. Sur la face interne de sa paroi naissaient des masses en forme de choux-fleurs, qui étaient formées d'éléments mixtes, sarcomateux et carcinomateux.

Nous avons donc 5 cas de tumeurs malignes de la trompe, formées d'éléments sarcomateux et d'éléments carcinomateux. Quelle est l'interprétation de ces tumeurs ?

« *Saenger* admet que les cellules épithéliales ont ici pour point de départ les *glandes altérées* du parovaire. »

Quénu et *Longuet* trouvent cette hypothèse très contestable.

Il semble plutôt que la prolifération néoplasique a porté simultanément sur les éléments du tissu conjonctif et de l'épithélium tubaire.

Aussi *Von Franqué* et *Schaefer* désignent-ils ces tumeurs sous le nom de carcino sarcomes.

D'ailleurs on observe, dans le sein, des tumeurs où la prolifération néoplasique porte simultanément sur les cellules conjonctives, et sur les cellules épithéliales. Ne peut il donc pas en être de même au niveau de la trompe ?

DÉCIDUOME MALIN

Ahlfeld et *Marchand* ont publié un cas de déciduome malin.

La malade, âgée de 17 ans, réglée régulièrement, présente depuis 6 mois des hémorragies irrégulières, à courts intervalles, et prolongées ; elles ont duré une fois trois semaines sans interruption. Sang liquide, pas de caillots. Après un repos de huit jours, suspension courte des hémorragies, puis douleurs expulsives et pertes de caillots volumineux. Admission, le 14 juillet 1874, à la clinique gynécologique de Marbourg.

A l'examen, on trouve prédominant dans le vagin, du côté de la paroi antérieure, une saillie du volume d'une noix ; cette saillie présente des bords assez fermes et une ouverture où s'engage l'extrémité du doigt et qui conduit dans une cavité peu profonde remplie d'une masse molle, polypeuse. L'ensemble de la tumeur a environ le volume d'un œuf de poule ; elle siège dans le vagin derrière la symphyse.

Curettage et cautérisation au thermocautère ; tamponnement. Entre temps apparaît une deuxième tumeur, petite, à gauche de l'orifice urétral, de coloration rouge-bleuâtre, non-ulcérée. Abrasion, cautérisation. Curettage de la cavité utérine. Apparition d'accidents infectieux.

Cinq jours après, apparaît au niveau de la symphyse une tumeur dure; en même temps douleurs dans le genou droit et l'épaule gauche avec fluctuation. Incision, évacuation de pus à streptocoques.

Bientôt se développe à gauche et en arrière de l'utérus, une tumeur volumineuse cylindrique, molle, qui est mobile avec l'utérus, mais a contracté quelques adhérences avec les parois du bassin. Apparition de phénomènes péritonéaux.

Opération destinée à évacuer le pus contenu dans l'abdomen. Mort au cours de cette intervention avec phénomènes asphyxiques, six mois après l'apparition des premiers phénomènes morbides.

Examen macroscopique. — La tumeur arrondie, siégeant à gauche et en arrière de l'utérus, se présente comme étant la trompe gauche transformée en une masse ayant le volume du poing, et ayant contracté des adhérences avec l'épiploon, l'utérus, la vessie, etc.

Par une déchirure s'écoule dans le péritoine un liquide trouble brunâtre. La trompe peut être suivie sur plusieurs centimètres à partir de l'utérus et elle forme alors la tumeur en se dilatant et en s'incurvant.

Les parois épaissies et calleuses de la trompe circonscrivent une cavité irrégulière, qui est remplie d'une masse ressemblant au tissu friable, granuleux et villeux du placenta : Péritonite suppurée et anémie générale, pas de métastases apparentes.

Dès ce premier examen, on admit qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire gauche, précédemment interrompue, avec développement d'une tumeur à l'intérieur de la cavité de la trompe, tumeur qui aurait donné une métastase dans le vagin.

Examen microscopique de la tumeur primitive et de celle du vagin. Cet examen montre qu'elle est formée par de nombreuses travées ramifiées, constituées par des masses protoplasmiques, homogènes, parsemées de nombreux noyaux volumineux, ovales, de vacuoles et de cavités remplies de sang, analogues à des capillaires ; ces masses pouvaient être considérées comme du syncitium et dérivant des tubes épithéliaux transformés ou de l'épithélium chorial externe qui en provient.

La charpente syncitiale était entremêlée intimement avec des cellules polymorphes, épithélioïdes, fortement tassées, sans interposition de substance intermédiaire. Ces cellules n'étaient pas des cellules déciduales, auxquelles elles ressemblaient d'ailleurs ; mais devaient être considérées comme des cellules épithéliales provenant de l'ectoderme fœtal.

Ces éléments se distinguent des amas de cellules déciduales par l'absence complète de vaisseaux, lesquels ne manquent jamais dans les formations conjonctives.

PAPILLOMES ET ADÉNOMES

Nous réunissons dans un même chapitre l'étude des papillomes bénins et des adénomes de la trompe. Cette manière de faire est justifiée parce que les auteurs sont loin d'être d'accord au sujet de la signification de ces termes de papillome bénin, et d'adénome de la trompe.

Doran publie le premier cas de papillome tubaire en 1880 et emploie le premier la dénomination de papillome tubaire.

Bland-Sutton se sert le premier du terme d'adénome tubaire en décrivant un cas de tumeur épithéliale bénigne de ce conduit, mais le désaccord s'établit de suite au sujet des termes « papillomes » et « adénomes ».

Doran nie l'existence de l'adénome et désigne sous la dénomination de papillomes les observations publiées sous le nom d'adénomes par *Bland-Sutton*, puis par *Monprofit* et *Pil'iet*, *Pasteau*, *Schonnheimer*, etc.

Bland-Sutton soutient au contraire l'existence de l'adénome.

Quénu et *Longuet* disent au sujet des papillomes :

« Conserver les papillomes de la trompe à titre d'unité, c'est vouloir confondre en un même chapitre des formations d'essence différente ou séparer des formations identiques sous prétexte qu'elles ont un aspect différent. »

Pour ces auteurs le chapitre des papillomes doit être démembré. L'accord est donc loin d'être complet au sujet des tumeurs épithéliales bénignes de la trompe. Une tumeur considérée par un histologiste comme un papillome, sera au contraire interprétée comme un adénome par un autre.

Que doit-on conclure et que doit-on penser en présence d'idées et d'opinions si divergentes ?

Nous tâcherons de répondre à cette question après l'étude anatomo-pathologique des papillomes et des adénomes.

Anatomie pathologique macroscopique. — La trompe est volumineuse. Elle forme une tumeur de grosseur variable. Elle est du volume du poing (*Tédenat*), d'une grosse poire (*Tédenat*).

Il existe parfois des adhérences avec l'utérus, l'ovaire, le cul-de-sac de Douglas, la vessie. Elle contient un liquide jaune, visqueux ou roussâtre (*Tédenat*). Ce liquide est en quantité plus ou moins considérable. Dans une observation de *M. le professeur Tédenat* on trouvait dans l'intérieur de la trompe 150 grammes de liquide roux foncé. L'ostium abdominal est habituellement fermé. Mais dans certains cas il peut être perméable. Dans un cas de *Doleris*, l'ostium abdominal était perméable d'une façon intermittente. Tous les trois mois on observait la disparition d'une tumeur qui mettait trois semaines à se reformer. L'ostium se laissait forcer quand le liquide tubaire avait acquis une certaine tension. Il y avait donc une véritable vomique péritonéale.

Dans le cas de Schirchoff, l'ostium abdominal laissait échapper une tumeur papillomateuse, suspendue à un long pédicule implanté dans la trompe.

L'ostium utérin est ordinairement fermé (cas de Doran, Bantock, deuxième cas de Doleris, etc). Il est quelquefois perméable (premier cas de Doleris). La tumeur siège dans

l'intérieur de la trompe sur le tiers externe ou le tiers moyen. Mais il peut arriver que toute la surface interne soit envahie, et que le tiers interne soit également occupé par la tumeur. On peut observer une masse volumineuse, ramifiée en choux-fleurs, et rattachée par un pédicule de longueur variable à la paroi interne de la trompe ; ou bien on aperçoit une série de papillomes ramescents prenant naissance sur les parois. L'extrémité de ces papillomes peut se détacher et flotter dans le liquide tubaire comme cela a été rapporté dans une observation de M. le professeur Tédenat.

Anatomie pathologique microscopique. — L'examen microscopique des tumeurs épithéliales bénignes a donné lieu à de nombreuses controverses. En commençant l'étude de ces tumeurs, nous avons indiqué comment elles avaient été interprétées différemment suivant les auteurs. Nous allons exposer les différentes opinions émises, et quelques examens histologiques pour donner une idée exacte de la structure de ces tumeurs, et pour voir comment nous devons les interpréter.

« Une rangée d'épithélium cylindrique recouvrait, dit *Alban-Doran,* la surface des végétations qui comblaient la cavité de la tumeur. » On voit, dit *Bland-Sutton*, la tumeur composée d'un tissu conjonctif peu abondant dans lequel sont inclus des acini glandulaires bordés d'une couche d'épithélium cylindrique. Il ajoute que son cas diffère des papillomes décrits par *Doran,* parce que dans ce dernier cas les coupes montrent une plus grande quantité de stroma.

Dans le cas de *Monprofit* et *Pilliet*, la trompe droite présentait des végétations recouvertes d'un épithélium cylindrique ; mais au-dessous, dans la couche musculaire, se trouvait un réseau de cavités communiquantes, tapissées

par un épithélium semblable à celui de la trompe... des cavités semblables se trouvent dans l'épaisseur du muscle et sous le péritoine. Elles sont de dimensions à peu près égales et on peut en compter sur une seule rangée transversale, une vingtaine environ, disposées dans l'épaisseur de la paroi. Il n'existe pas de traînées épithéliales diffuses pouvant faire penser à un épithéliome, mais seulement des dilatations en cul-de-sac qui partent de la muqueuse et communiquent très vraisemblablement entre elles.

Dans le premier cas de M. le professeur *Tédenat*, on trouve des papilles, et quelques cavités tapissées d'un épithélium cylindrique.

En résumé, l'examen histologique des tumeurs, étiquetées papillomes ou adénomes, montre qu'elles présentent un stroma conjonctif formant des saillies tapissées par l'épithélium tubaire, ou contenant des cavités tapissées par un épithélium cylindrique. Ce qui revient à dire que ces tumeurs sont formées en même temps par des papillomes et des adénomes. On doit donc les désigner sous le terme d'adéno-papillome.

On peut objecter que la dénomination d'adénome ne convient pas à ces tumeurs parce qu'il n'y a pas de glandes dans la trompe. Les formations adénomateuses résulteraient de la soudure des papilles entre elles. La majorité des anatomistes rejettent l'existence des glandes tubaires. Cependant *Bland-Sutton* et d'autres auteurs s'appuient sur l'anatomie comparée pour affirmer leur existence. D'après ces derniers auteurs, le fond des plis tubaires serait l'homologue et représenterait les glandes tubaires rencontrées chez le macacus rhesus.

Quoiqu'il en soit, on observe des formations rappelant à tous les points de vue l'adénome, et nous maintenons la dénomination d'adéno-papillome appliquée à ces tumeurs.

Etiologie. — En parcourant les différentes observations publiées sous le nom de papillomes et d'adénomes, on est frappé par ce fait que toutes les malades sont atteintes d'annexites. N'est-on pas en droit de se demander si l'on n'a pas affaire à des productions purement inflammatoires? La salpingite ne peut-elle pas donner lieu à des formations pseudo-glandulaires, de même que certaines métrites déterminent des productions adénomateuses exagérées? C'est à ce sujet que Cornil (1) s'exprime ainsi :

« Dans la salpingite catarrhale végétante, la cavité de la trompe est tapissée de végétations plus épaisses, plus ramifiées, plus vascularisées qu'à l'état normal ».

Mais la preuve que les lésions sont peu profondes, c'est que les cellules de revêtement conservent, en général, leurs cils vibratiles, et que le liquide exsudé contient presque exclusivement des cellules cylindriques, normales ou en dégénérescence muqueuse. Les globules blancs migrateurs ne s'y rencontrent qu'exceptionnellement. Sur les coupes transversales de la trompe, on constate, à un faible grossissement, le *développement* considérable des *plicatures* et des villosités qui les surmontent ; on trouve souvent des plis qui s'avancent jusqu'au milieu de la cavité, ou qui même s'anastomosent à des plis venus d'un point opposé de la paroi, de façon à constituer des cloisons plus ou moins complètes de la trompe. Les végétations plus petites ramifiées de la façon la plus irrégulière, partent de la paroi, s'unissent souvent à leur extrémité libre, de manière à constituer des arcades, *des arches qui limitent des espaces tubulés ou ramifiés qui ressemblent à des glandes en tubes*. Toutes ces végétations, en effet, étant cou-

(1) Cornil. Anatomie pathologique des salpingites. *Journal des connaissances méd. prat., salpingite catarrhale végétante*, p. 388 (1888).

vertes d'un épithélium cylindrique, les espaces et fentes qui les séparent semblent être au premier abord des cavités glandulaires avec un revêtement de ce même épithélium cylindrique disposé en une seule couche. Ces végétations revêtent les formes les plus variées, se terminent souvent par une extrémité renflée en massue ; d'autres montrent à leur sommet comme une grappe de verrucosité ayant une base commune ; certaines sont plus épaisses que les autres et comme œdématiées.

La charpente de toutes ces excroissances implantées sur la paroi de la trompe ou sur les bourgeons principaux est toujours constituée par des faisceaux de tissu conjonctif servant de soutien à des vaisseaux capillaires. Les cellules du tissu conjonctif y sont peu nombreuses, et généralement aplaties. Il existe très peu de cellules migratrices dans le tissu conjonctif.

Certains auteurs (*L. Delbet*) affirment que tous les adénomes sont d'essence inflammatoire. Dans toutes les observations d'adéno-papillomes il existe toujours une infection qui précède le développement de la tumeur. Celle-ci semble donc bien être d'origine inflammatoire. Il s'agit donc de salpingite végétante où l'on observe la production d'adéno-papillome.

Symptomatologie. — La symptomatologie vient également confirmer cette manière de voir. Il s'agit de malades, qui depuis un certain temps sont atteintes d'une leucorrhée abondante avec douleurs pelviennes, lombo-sacrées.

Dans le deuxième cas de *Doran* la malade se plaignait de dysurie. En examinant ces malades on trouve une tumeur kystique. En un mot le tableau clinique est identique à celui de la salpingite kystique.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'ablation des annexes malades, parce que les adéno-papillomes peuvent subir la dégénérescence cancéreuse.

ÉPITHÉLIOMES

Les épithéliomes sont les tumeurs les plus fréquentes des trompes. Nous en avons réuni 111 cas. Mais il est probable que beaucoup d'autres cas n'ont pas été diagnostiqués et ont été confondus avec des salpingites kystiques.

Anatomie pathologique macroscopique. — A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une tumeur plus ou moins volumineuse, qui n'est autre que la trompe dilatée.

La coloration varie suivant le degré de congestion de la trompe. Tantôt la tumeur a l'aspect d'un kyste de l'ovaire avec un réseau veineux à sa surface ; tantôt elle présente une coloration rouge plus ou moins foncée. Souvent la tumeur est unilatérale ; elle siège indifféremment à gauche ou à droite.

Dans les 111 cas que nous avons réunis, elle est bilatérale dans un tiers ; dans les deux autres tiers des cas, les annexes gauches sont aussi souvent atteintes que les annexes droites.

La tumeur est située à droite ou à gauche de l'utérus. En même temps, elle occupe le cul-de-sac de Douglas. Elle est ordinairement mobile ; mais on note souvent l'existence d'adhérences. La nature de ces adhérences est ordinaire-

ment inflammatoire. Quelquefois peu nombreuses, elles ne gênent nullement pour l'extirpation de la trompe. Mais souvent elles sont très nombreuses, très denses, très solides. Ces adhérences peuvent être aussi de nature cancéreuse. Dans le cas de *Fischel* la trompe gauche, unie par des adhérences cancéreuses aux autres organes, n'a pu être enlevée.

Le volume de la tumeur varie de celui d'un œuf (*Stroganoff*, *Doran*) à celui d'une tête d'enfant, (*Eckart*). Entre ces variations extrêmes de volume, on peut trouver tous les intermédiaires ; ainsi on a observé des trompes du volume du poignet (*Danel*) ; du poing (*Miknoff*) ; du rein (*Saenger*); des deux poings (*Quénu* et *Longuet*).

Signalons comme dimensions exceptionnelles le cas de *Orthmann* où la trompe avait le volume d'une tête d'adulte. La tumeur mesurait *13* centimètres de long, *10* centimètres de large, *6* centimètres d'épaisseur.

Ordinairement la trompe est dilatée dans sa portion externe. Elle est arrondie ou ovoïde. Elle est rattachée à l'utérus par un pédicule qui peut se tordre comme dans les cas de *Stroganoff* et de *Warneck*. Les auteurs la comparent à un ocarina (*Saenger*) — un cylindre (*Briggs*), — une grosse saucisse (*Danel*), une saucisse de Bologne, (*Hubert Roberts*), un cor de postillon (*Müller*), un boudin (*Anufrief*).

Dans un cas de *Quénu* et *Longuet* elle a la forme d'un fuseau.

L'état des orifices de la trompe n'est pas signalé dans un grand nombre d'observations. L'ostium abdominal est ordinairement fermé.

D'après Doran (1) : « L'ostium se ferme de très bonne

(1) Doran. — *The Journ. of. obst. and Gyn.*, 1910, p. 7.

heure, quand la tumeur est maligne.» Quelques cas font exception à cette règle. (*Lecount, Pompe Van Merderwort, Zum Busch.*) On peut voir aussi la trompe s'ouvrir dans un kyste de l'ovaire (*Knauer*). L'ostium utérin est souvent perméable. Le liquide contenu dans la trompe s'écoule d'une façon continue à l'extérieur. Mais la perméabilité de l'ostium peut être diminuée. Le liquide, pour s'écouler à l'extérieur, est obligé d'acquérir une certaine tension. De là, la production de l'*hydrops tubae profluens*. (*Boursier, Miknoff*, etc.) Dans beaucoup de cas l'ostium utérin est oblitéré. Il s'agit souvent d'hydrosalpinx contenant un cancer papillomateux. La trompe a un aspect kystique (*Knauer, Danel, Mériel*, etc.)

Sauf dans des cas assez rares, l'existence d'une tumeur maligne n'est pas reconnue avant l'ouverture de la poche. Si on sectionne la paroi de la trompe, il s'écoule du liquide en quantité plus ou moins grande. La nature de ce liquide varie suivant les cas. Il s'agissait d'un liquide clair et limpide dans les cas de *Graefe* (40), *Fehling* (73), *Orthmann* (77), *Knauer* (81), *Müller* (96) et *Doran* (101.) Il présentait une couleur jaune citrin. (*Danel*, n° 27). Le contenu de la trompe était purulent dans les cas de *Doran* (104), *Veit* (4), *Von Rosthorn* (13), *Schauenstein* (84). Il était sanieux dans les observations de *Veit* et *Doran* (2). Dans certains cas le cancer tubaire donne lieu à la production d'hémorragies dans la lumière de la trompe. Suivant l'abondance de ces hémorragies, on a trouvé un liquide séro-sanguinolent, sanguinolent, des dépôts de caillots sanguins sur les parois tubaires et sur les papillomes malins, (*Witthauer*, n° 33), *Miknoff*, n° 15, *Mériel*, n° 88, *Doran*, n° 106, *Wynter Essex*, n° 51, *Tuffier*, n° 10). La coloration du sang est noirâtre dans l'observation de *Bland-Sutton*, n° 45. Nous devons insister sur ces deux faits que l'odeur sanieuse et la sécrétion hémor-

ragique observées dans la trompe, sont bien en rapport avec ce que nous voyons dans le cancer. Signalons un cas (*Doran*, n° 105) où le contenu tubaire avait tout à fait l'aspect de celui d'un kyste dermoïde. Mais il existe un certain nombre d'observations où le liquide fait complètement défaut. C'est surtout dans ces cas que l'on voit la masse néoplasique remplir la lumière de la trompe.

Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de liquide, ce n'est en général, qu'après avoir sectionné les parois de l'oviducte que l'on constate l'existence de *papillomes*.

Dès à présent nous devons faire ressortir ce fait capital que *toutes les néoformations de la muqueuse tubaire présentent ce caractère excessivement important : de présenter un aspect papillaire*. Nous devons faire remarquer cet autre fait d'une valeur primordiale lui aussi, qui est la conséquence du premier : *cet aspect papillaire est le même qu'il s'agisse d'un adéno-papillome bénin ou d'un adéno-papillome malin*. La preuve en est fournie par les nombreuses observations des tumeurs épithéliales bénignes ou malignes que nous avons réunies.

Il n'existe que *deux* observations où l'aspect papillaire est peu net et fait même défaut. Ce sont les deux cas de *Saenger* et de *Quénu* et *Longuet*.

Macrez a distingué deux formes de végétations, *le type villeux et le type papillaire*. Voici du reste sa description :

« *Type villeux.*— La villosité s'implante sur la paroi ; elle est plus ou moins longue. Certaines sont divisées à leur extrémité libre. Ces villosités sont cylindriques ou conoïdes. quelques-unes sont en forme de massue. Elles sont indépendantes les unes des autres.

Leur base d'implantation n'est pas large. Elles paraissent semées sur la face interne de la poche et donnent à celle-

ci l'aspect velvétique. Il est bien évident que ce ne sont pas là des franges hypertrophiées.

La trompe étalée présente toujours le même aspect et, d'ailleurs, le microscope montre bien que l'on est en présence de productions particulières.

Type papillaire. — La forme papillaire paraît être un stade plus avancé. Toutefois nous ne voulons pas affirmer ce fait. Pour *Zweifel*, le type villeux répondait au stade le plus précoce des végétations de la trompe.

D'ailleurs, dans une poche contenant des villosités, on voit, par places, une tendance à la transformation de celles-ci en papillomes, en choux-fleurs, en ce sens que la base s'effile et que l'extrémité libre se renfle et se divise.

D'autre part, dans une poche, où prédomine le type papillaire, on voit peu de villosités. Nous devons dire toutefois que la tumeur forme quelquefois de véritables houppes sans paraître avoir de la tendance vers la forme papillomateuse.

Ces papillomes (nous parlons ici en nous plaçant au point de vue macroscopique), ont une base d'implantation généralement ténue ; les différentes petites tumeurs qui constituent les grosses — les branches du chou-fleur, on pourrait dire — sont indépendantes les unes des autres et ne sont confondues entre elles que dans le cas d'épithélioma avancé. »

Dans presque toutes les observations, il s'agit du type papillaire. On ne rencontre le type villeux que dans un petit nombre de cas. (*Zweifel, Anger, Hofbauer*, etc.)

Le néoplasme se développe également vers la face externe de la trompe. Il envahit les différentes couches qui constituent la paroi tubaire, les détruit et à un moment donné vient, dans quelques cas, faire saillie à la surface péritonéale de la trompe.

La couleur de ces végétations est variable : elles sont tantôt jaunâtres, tantôt grisâtres, tantôt rouge-sombre ou rouge vif, cela dépend de leur vascularisation et de leur dégénérescence.

La consistance des végétations est molle. Il s'agit d'épithélioma encéphaloïde ou médullaire (*Doran, Kaltenbach, Zweifel, Landau, Hubert Roberts, Winter-Essex, Zum Busch, Cullingworth*, etc)

Saenger et *Barth* partagent cette manière de voir et écrivent : « Le cancer tubaire est toujours un cancer mou, médullaire, encéphaloïde... Il n'y a certainement pas pour le carcinome primaire de la trompe,une forme squirrheuse à comparer quelque peu avec le carcinome squirrheux des glandes. » *Saenger* et *Barth* exagèrent en disant que la forme squirrheuse n'existe pas. Elle est très rare, mais on peut en rencontrer quelques cas. Ainsi, dans l'observation de *Caraven* et *Leret*, de *Quénu* et *Longuet*, la tumeur de la trompe gauche était lardacée et l'examen histologique montrait un épithélioma cylindrique papillomateux et alvéolaire.

Le point d'implantation de ces masses bourgeonnantes se fait sur la muqueuse tubaire. Tantôt elles sont disséminées à sa surface, tantôt elles forment une masse unique, qui est réunie à cette surface par un pédicule de longueur variable. L'ampoule de Henle leur sert toujours de point d'implantation. Jamais on ne les voit s'insérer sur la partie utérine de la trompe.

Les végétations sont disséminées sur une certaine étendue de la surface, ou bien elles forment une masse unique rattachée par une sorte de pédicule à la muqueuse.

L'ovaire est souvent altéré. Dans deux cas, le néoplasme s'est développé dans un kyste tubo-ovarien (*12* et *53*). Dans onze cas on trouve un kyste de l'ovaire.

D'après *Doran* l'ovaire serait kystique dans *10 0/0*. On a

noté quelquefois l'atrophie (9 et 35). Parfois le néoplasme tubaire envahit cet organe. Tantôt l'ovaire n'est envahi qu'au niveau de sa partie en contact avec le néoplasme (32) tantôt c'est un kyste contenant des papillomes malins (34). Dans certaines observations, on mentionne simplement son état cancéreux. (7, 11, 24, 57, 66, 78.) Signalons qu'il peut être envahi en même temps que d'autres organes. Dans les observations (52 et 60) l'ovaire n'a pas été trouvé.

L'utérus est fibromateux dans 9 cas. Ce sont les observations (18, 45, 60, 61, 64, 80, 82 et 92.) C'est *Ries*, qui le premier, dans un mémoire « Primary Papilloma and Primary Carcinoma of the Fallopian tube » *In the Journal of the American Medical Association*, vol. XXVIII (1897), p. 962, a rapporté cette intéressante combinaison des deux formes de tumeurs. Mais il est bien plus intéressant de constater l'envahissement secondaire de l'utérus par le cancer tubaire. C'est sur la surface de l'endomètre que l'on observe la néoplasie secondaire (cas de *Westermark* et *Quensel* (7), *Novy* (35), *Von Franqué* (33), *Fehling* (73) Dans l'observation de *Hofbauer*, il y avait une petite tumeur cancéreuse dans la cavité cervicale qui paraissait indépendante de la maladie de la trompe d'après cet auteur. Mais ce qu'il faut surtout bien remarquer ce sont les cas caractérisés par ce fait que l'utérus sain au moment de l'opération est envahi quand le cancer récidive. De plus d'autres organes sont à ce moment là en même temps envahis (2, 7, 31).

Le vagin, le péritoine pelvien, l'épiploon, l'intestin, le cœcum, le rectum sont envahis au moment de la première opération ou quand il y a récidive. Nous ne devons pas oublier également que le ligament large et les ganglions sacrés et lombaires se comportent de même. Une fois même nous avons trouvé signalée l'hypertrophie des ganglions

sus-claviculaires et sa régression après l'opération. Les ganglions inguinaux sont parfois envahis.

Ces différentes régions se trouvent envahies au moment de l'opération dans les cas suivants : 1, 13, 18, 26, 27, 29, 47, 49, 54, 56, 67, 69, 72, 80, 83, 101, 105. Il en est de même quand la récidive s'est produite dans les observations : 2, 5, 7, (foie, noyaux cancéreux), 31, 37, 38, 79, 87.

Dierner et Fonyo (42) rapportent dans leur observation l'existence de métastases diaphragmatiques.

Dans le cas de *Doran* (107) le tissu cellulaire pelvien, et le ligament large sont envahis.

L'ascite est rare dans le cancer tubaire. Peut-être le liquide étant en petite quantité, l'ascite est-elle passée inaperçue dans beaucoup d'observations ?

Elle n'est signalée que dans 7 cas (5, 16, 37, 49, 67, 76 et 103). Dans les observations 5 et 49 l'ascite ne s'est montrée qu'au moment de la récidive. Dans ces cas-là et dans les autres observations, sauf dans le n° 37, le péritoine était envahi par des dépôts cancéreux. Dans le n° 37, l'ostium abdominal était ouvert. Il est évident que la pathogénie de l'ascite est dans le cas 37 tout à fait analogue à celle des kystes papillaires de l'ovaire. Au contraire, dans les autres observations, la production de l'ascite semble résulter des métastases péritonéales. Or, comme il y a beaucoup d'observations avec lésions du péritoine, n'est-on pas en droit de supposer que dans ces cas l'ascite n'a pas été notée ?

Caractères microscopiques. — Pour étudier la dégénérescence de la trompe, il faut prendre l'épithélioma tout à fait à son origine, c'est-à-dire au moment où il se rapproche le plus des tumeurs épithéliales bénignes, et où il peut être confondu avec elles comme dans les cas de *Eberth* et de *Kaltenbach*. A son début l'épithélium présente deux types de prolifération, le type papillaire et le type adéno-papillaire. Dans le type papillaire les cellules se multiplient activement et forment des bourgeons épithéliaux à la surface de la muqueuse. Secondairement le tissu conjonctif envoie une mince trame dans ces bourgeons. C'est à ce moment-là que l'épithélioma se rapproche le plus du papillome bénin.

Dans un deuxième stade les bourgeons épithéliaux, au lieu de proliférer en surface vers la lumière de la trompe, pénètrent en profondeur. On voit dans la sous-muqueuse et les couches sous-jacentes des îlots de cellules cancéreuses, qui vont s'anastomoser entre eux. Dans un troisième stade les cellules s'enfoncent dans les interstices du tissu conjonctif, et il se forme ainsi des alvéoles remplis de cellules cancéreuses atypiques.

Dans le type adéno-papillaire, l'épithélium qui tapisse le fond des rigoles, formées par les plis de la trompe, se comporte comme un véritable cul-de-sac glandulaire. Il s'enfonce dans la sous-muqueuse, forme des dépressions en doigt de gant qui, en s'isolant, constituent des cavités tapissées par un épithélium cylindrique. Cet épithélium prolifère rapidement, remplit ces cavités. D'où productions d'îlots de cellules cancéreuses qui ne tardent pas à s'anastomoser entre eux. A la surface de la muqueuse, ils vont proliférer en constituant le type papillaire. Dans l'intérieur de la

paroi tubaire, les cellules vont écarter les interstices des tissus et former de véritables alvéoles. Au dernier stade nous aurons donc un adéno-papillome alvéolaire. A son origine, l'épithélioma est cylindrique, mais les cellules ne tardent pas à perdre leur caractère cylindrique pour devenir atypiques. Voici quelques observations qui le montrent.

Dans le cas de *Kaltenbach*, il s'agit d'un épithélioma papillaire et cylindrique, dont la malignité a été démontrée par l'évolution clinique, ce qui montre la difficulté de distinguer à son origine le papillome bénin du papillome malin.

« La tumeur était formée de papilles tapissées d'une seule couche de cellules épithéliales cubiques, dont quelques-unes avaient conservé leurs cils vibratiles. L'épithélium ne manque en aucun point ; il est égal sauf quelques épaississements trop légers pour prendre l'apparence de stratification. La régularité de ces cellules avait même fait penser à un papillome bénin. »

L'observation de Monsieur le Professeur Tédenat montre la formation de l'adéno-papillome : « Les culs-de-sac épithéliaux s'enfoncent profondément dans ce chorion et déterminent des cavités en doigt de gant qui, en s'isolant, constituent de véritables kystes arrondis. Ces cavités kystiques, à mesure qu'on s'approche des végétations, présentent des bourgeonnements papilliformes avec prolifération intense de l'épithélium. »

L'observation de *Pilliet* est également un adéno-papillome cancéreux envahissant la couche musculaire.

« Ces franges résultaient de la pullulation des culs-de-sac de la trompe qui dessinent tantôt des cryptes, tantôt des arborisations végétantes, tapissées d'un épithélium cylindrique ou plutôt cubique, chaque cellule possédant une

partie superficielle muqueuse peu développée. Le muscle est complètement envahi par ces productions, il est détruit, et les masses de tissu épithéliomateux viennent par les lymphatiques déborder la surface de la trompe et s'y étaler. »

La description d'*Augier*, dans la thèse de *Danel*, concerne une tumeur où l'épithélium est métatypique, soit en totalité, soit par places.

« On constate que très brusquement la muqueuse tubaire se hérisse d'énormes saillies papillaires, formées de masses épithéliales soutenues par une mince charpente conjonctive vasculaire. L'épithélium proliféré, qui revêt la surface des papilles, est très irrégulier et forme des assises superposées très nombreuses. Par places, au sein de ces amas épithéliaux, les cellules se disposent de façon à circonscrire des espaces arrondis, assez réguliers, *analogues à des tubes glandulaires*. Dans d'autres points, on trouve au sein de ces amas de revêtement d'énormes cellules, qui ont subi une transformation colloïde. Parfois plusieurs cellules irrégulièrement polyédriques se disposent en amas nodulaires en refoulant les éléments voisins. Au niveau de ces amas nodulaires, la disposition qui rappelle l'épithélium de revêtement a tout à fait disparu. On trouve, au contraire, la disposition qui est observée dans les carcinomes les plus malins.

« Même dans les points où la muqueuse de la trompe paraît normale à l'œil nu, le revêtement épithélial a néanmoins des caractères anormaux. Les éléments qui le composent forment bien un revêtement plein, mais ils sont irrégulièrement juxtaposés et de forme variable. De plus aucun d'eux ne paraît posséder de cils vibratiles. »

Dans la pièce de *Routier*, examinée par *Cornil*, de petites trabécules conjonctives limitent de larges alvéoles. Ceux-ci

sont remplis par de volumineuses masses épithéliales. L'examen d'un de ces boyaux montre des cellules adhérentes les unes aux autres. Au contact de la trame conjonctive, elles sont d'aspect cylindrique, puis prennent l'aspect d'épithélium pavimenteux. Le groupement des éléments cellulaires donne assez bien l'aspect de la couche de Malpighi. Enfin on trouve un grand nombre d'éléments en karyokynèse.

En résumé, on peut considérer le cancer tubaire comme présentant trois types : le type papillaire, le type adéno-papillaire et le type adéno-papillo-alvéolaire ; de ces trois formes, c'est le type adéno-papillo-alvéolaire qui est de beaucoup le plus fréquent. Dans les deux premiers types, l'épithélium est cylindrique. Mais dans le troisième type on observe des parties composées d'épithélium cylindrique, et des parties composées d'épithélium atypique. *Eckardt* exprime la même chose : « Les lésions varient entre celles de l'adénome et celles du carcinome. Dans les parties adénomateuses, le stratum épithélial est à une seule couche ; ailleurs il est à plusieurs couches ; ailleurs encore l'aspect n'est plus celui du papillome, mais celui d'une disposition alvéolaire renfermant des amas cellulaires compacts, séparés par de fines travées conjonctives. »

Le stroma est toujours peu développé. Ce sont des cancers mous, médullaires, encéphaloïdes. La forme squirrheuse est tout à fait exceptionnelle. Nous n'en avons noté que deux cas. Signalons les lésions de salpingites que l'on rencontre dans certaines observations.

Diagnostic anatomo-pathologique du cancer de la trompe utérine. — En étudiant les altérations de l'ovaire, nous avons vu qu'il était atteint de dégénérescence cancéreuse dans 13 cas (7, 11, 24, 26, 32, 34, 44, 47, 49, 57, 66,

67, 78). Il arrive même que le cancer tubaire et le cancer de l'ovaire se confondent plus ou moins. Comment dans ces cas-là, peut-on établir que la trompe est le siège primitif du cancer ?

Un premier signe distinctif est que le cancer primitif a son point de départ dans la muqueuse, tandis qu'au contraire le cancer secondaire a son point de départ dans la couche séreuse. *Doran (in the Journal obst. and Gyn. 1904)* l'indique bien : « L'aspect d'un hydrosalpinx perforé par le cancer de l'ovaire adjacent, n'est pas le même que celui d'un hydrosalpinx, siège d'un cancer primitif. La vérité au sujet du cancer de l'ovaire propagé à la trompe est que la nouvelle croissance envahit rarement la trompe. C'est la couche séreuse de la trompe qui est la première envahie, tandis que le cancer tubaire commence sur la muqueuse. »

Quénu et *Longuet* expriment la même idée quand ils écrivent :

« ... Les observations de tumeurs végétantes ou de kystes végétants de l'ovaire sont innombrables, et ni d'après nos constatations opératoires, ni d'après nos lectures, nous ne connaissons pas d'exemples où l'on ait vu des tumeurs végétantes, semer des greffes à l'intérieur des trompes ou de l'utérus, alors que pourtant toute la surface de ces organes peut être infectée. »

Les caractères histologiques peuvent également permettre de distinguer le cancer de l'ovaire du cancer de la trompe. *Quénu* et *Longuet* disent que les cellules, dans les cancers ovariques gardent des caractères qui rappellent les cellules d'origine. De plus la morphologie, et l'ordonnance des épithélium peuvent dans certains cas indiquer quel a été le point de départ de la tumeur.

L'ascite qui est la règle dans les tumeurs végétantes de l'ovaire est exceptionnelle dans le cancer primitif.

Etiologie. — L'âge présente une certaine importance. Très rares avant quarante ans, moins rares après cinquante ans, les cancers tubaires s'observent surtout entre 40 et 50.

L'analyse des 111 cas que nous possédons le prouve :

27 cas	de 45 à 50	inclusivement.
23 —	de 40 à 45	—
17 —	de 50 à 55	—
11 —	de 55 à 60	—
10 —	de 35 à 40	—
5 —	après 60 ans (n° 35 avait 70 ans.	
1 —	à 31 ans	
2 cas au-dessous de 30 ans (n° 71 avait 29 ans, et n° 88 avait 27 ans.		

La malade la plus jeune avait 27 ans et la plus âgée 70 ans. Par conséquent c'est surtout entre 45 et 50 ans et entre 40 et 45 ans que les cas sont les plus nombreux ; puis entre 50 et 55 ans.

Sur trente de ces malades la ménopause s'était effectuée soit depuis 6 mois (nos *2* et *3*) soit depuis plusieurs années (depuis *12* ans dans le n° *14*). Chez la plupart des autres malades les règles étaient régulières. Quelques femmes présentaient soit de la dysménorrhée, soit des ménorragies.

Une malade de *Cullingworth* avait vu ses règles disparaître temporairement pendant *3* ans. En somme l'état de la menstruation n'a aucune importance au point de vue étiologique.

Le passé obstétrical montre un nombre élevé de femmes ayant eu des enfants. Dans vingt-cinq cas il n'y a pas de renseignements à ce sujet. Vingt-quatre femmes sont stériles. Cinquante et une ont été enceintes au moins une fois. Le dernier accouchement a eu lieu presque toujours à une époque éloignée de la maladie, mais dans un grand nombre de cas les auteurs n'indiquent pas combien de temps

avant l'apparition du cancer les malades ont eu leur dernière grossesse. D'après *Doran :* — « Les femmes qui ont eu des enfants sont les plus sujettes à la maladie en question. »

En réalité le passé obstétrical ne présente de l'intérêt que toutes les fois qu'il montre un accouchement ou un avortement provoquant de l'infection. Ce qui a une grande importance suivant le rôle que l'on attribue à la salpingite.

L'infection est fréquente. Dans vingt-huit cas (1, 2, 4, 5, 8, 13, 16, 21, 30, 32, 36, 40, 47, 52, 53, 58 (inf. puerp. après avort.) 59 (inf. puerp. après avort.) 60 (anc. salp. sèche) 65, 70. (12 ans de durée), 74, 77, 80, 84, 85, 88 (puerpéralité) et 95), il y avait inflammation pelvienne. A ces vingt-huit cas nous devons en ajouter vingt-deux autres, où la tumeur se trouvait dans les trompes dilatées, qui étaient presque toujours le résultat de modifications inflammatoires : 6, 9, 14, 18, 20, 22, 23, 31, 33, 34, 71, 73, 75, 76, 78, 79, 81, 82, 84, 85, 90 et 92. Ce qui donne une forte proportion de malades qui étaient atteintes de lésions salpingiennes avant le développement du cancer. Aussi *Saenger* et *Barth* en 1895, *Doran* en 1907 et en 1910, déclarent-ils que le cancer primitif se développe toujours sur une trompe qui est le siège d'une salpingite. Après un examen de quatre vingt-quatre cas, *Orthmann* est du même avis. *Saenger* et *Barth* écrivent à ce sujet : « Il y a au point de vue pathologique général un fait très important ; c'est la preuve certaine et qui ne supporte aucune exception, du développement du carcinome sur une base chroniquement enflammée. »

Ces auteurs concluent ensuite : « Nous devons admettre que le carcinome primitif de la trompe naît constamment sur le terrain d'une salpingite chronique qui, le plus souvent, peut avoir été purulente, mais qui ne l'est plus, après que cette dernière a duré un temps très long. »

Par conséquent l'état inflammatoire de la trompe doit

avoir duré fort longtemps. Ce sont de vieilles salpingites en partie refroidies, puisque les suppurations de la trompe sont exceptionnelles.

Doran est également partisan de l'origine inflammatoire du cancer tubaire. Mais sa théorie diffère légèrement de celle de *Saenger* et *Barth*. Il s'exprime ainsi en janvier 1910 (*In the Journal obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*) : « Au mois de Mai 1889, je déclarai que le papillome de la trompe de Fallope paraît avoir une origine inflammatoire... Les végétations papillomateuses peuvent subir une dégénérescence maligne. Bref le cancer de la trompe paraît naître du papillome de la trompe. »

« En résumé, maintenant que plus de cent cas sont à notre disposition, la théorie inflammatoire semble être la plus raisonnable. »

Il y aurait d'abord une salpingite. Elle déterminerait la production d'un papillome bénin. Ce dernier dégénèrerait en tumeur maligne.

L'infection joue un rôle évident dans certains cas. Il n'est pas douteux qu'elle détermine la production de papillomes bénins qui subissent la dégénérescence cancéreuse. La dégénérescence cancéreuse du papillome bénin n'est-elle pas indiquée dans le cas de *Eberth* et *Kaltenbach* ?

Zangemeister, *Witthauer*, *Stolz*, *Quénu* et *Longuet*, et d'autres auteurs se sont élevés contre l'origine inflammatoire du cancer. L'infection n'est pas la cause mais la conséquence du cancer. La salpingite serait secondaire au cancer. Le cancer du col de l'utérus ne s'accompagne-t-il pas d'inflammation de l'endomètre ? Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la trompe ? L'épithélium de l'utérus, et celui de la trompe ne sont-ils pas semblables ? Ne sont-ils pas des dérivés tous les deux des canaux de *Müller* ?

Evidemment on ne peut pas considérer le cancer de la

trompe comme étant toujours d'origine inflammatoire. Il existe des cas où il est impossible de trouver l'existence d'une infection, soit par l'examen clinique, soit par l'examen histologique. C'est ce que *Doran* exprime dans ses conclusions. « La théorie inflammatoire semble être la plus raisonnable, quoique *Zangemeister*, *Stolz* et d'autres auteurs aient probablement raison, quand ils nient que les lésions inflammatoires précèdent invariablement le développement du cancer tubaire. Pourtant les recherches les plus récentes (*Boxer*) semblent favoriser l'ancienne théorie.»

Symptomatologie. — Le cancer tubaire se manifeste par des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques. Parmi les symptômes fonctionnels les deux plus importants sont les douleurs et les pertes. Les troubles, soit du côté de la vessie, soit du côté du rectum, existent plus rarement. Ce n'est qu'à une période assez avancée en général que se produit une atteinte plus ou moins profonde de l'état général. Les symptômes physiques consistent dans l'existence d'une ou plusieurs tumeurs, de l'hypertrophie ganglionnaire, de l'ascite.

Les douleurs sont précoces. D'après *Kehrer* (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1908, Hft III, p. 327) elles sont dues aux adhérences et à la distension de la paroi tubaire par le néoplasme. Mais on ne doit pas oublier que l'infection et l'envahissement des nerfs ou de leurs terminaisons par le néoplasme doivent jouer un rôle important.

Leur siège le plus fréquent est la région hypogastrique, puis l'abdomen, plus rarement le pelvis et les fosses iliaques. Elles présentent des irradiations dans les régions lombaires et sacrées. Comme type d'irradiations exceptionnelles la malade de *Fabricius* (30) présentait des douleurs pelviennes avec irradiation dans le genou gauche.

Dans un cas de *Doran* (103) les douleurs siégeaient à l'épigastre. Elles sont spontanées ou provoquées. L'intensité de ces douleurs est très variable *Quénu* et *Longuet.* écrivent : « Celles-ci offrent dans leur intensité tous les degrés, depuis la simple pesanteur jusqu'aux coliques salpingiennes les plus vives. » En effet à côté des malades qui ne souffrent que d'une simple pesanteur on en trouve qui se plaignent de crampes, de coliques plus ou moins violentes.

Les douleurs sont continues ou paroxystiques et le plus souvent continues avec des paroxysmes.

Continues, elles occasionnent une gêne plus ou moins importante, qui peut empêcher la malade de se livrer à toute occupation.

Paroxystiques, elles se présentent sous forme de crises, qui obligent la malade à garder le lit.

Dans le cas de *Lorrain* (89) les paroxysmes avaient lieu au moment des règles et dans l'intervalle existait une pesanteur hypogastrique. Dans l'observation nº 2, *Doran* écrit : « La patiente ne souffrait qu'au moment de ses règles, et l'écoulement aqueux s'est continué pendant 3 ans, indiquant un papillome devenant malin. » Habituellement les paroxysmes douloureux débutent tout à fait spontanément ; quelquefois à la suite d'un froid, d'une fatigue ; mais en réalité ils sont dus à la distension de la trompe par le liquide tubaire qui ne peut s'échapper à l'extérieur, faute de tension suffisante. Les douleurs sont très violentes. Des vomissements et une constipation opiniâtre les accompagnent souvent. Ces crises se terminent par une évacuation plus ou moins abondante de liquide séreux constituant une vomique salpingienne. Cet hydrops tubæ profluens marque la fin de la crise. Mais il peut se produire une série de crises successives. Le liquide s'écoule alors à

petits flots et s'accompagne d'une diminution des douleurs. Généralement ce liquide est aqueux et séreux. Dans un cas de *Roche* (110) les crises douloureuses s'accompagnaient d'hémorragies légères. On constate en même temps la diminution de volume de la trompe, qui se vide partiellement dans le vagin.

L'examen des 111 cas de cancer tubaire montre l'importance de la douleur. Elle existait sûrement dans 64 cas. Il est probable qu'elle a dû se manifester dans un nombre de cas encore plus considérable.

La leucorrhée vient comme fréquence après la douleur. Elle est signalée dans 45 cas. Tantôt c'est un écoulement indolore, tantôt elle s'accompagne de douleurs. Elle est continue ou intermittente. Intermittente elle est précédée de crises douloureuses, c'est l'hydrops tubœ profluens, dont nous venons de parler en étudiant les douleurs paroxystiques. Cette leucorrhée présente des caractères variables.

Le plus souvent c'est une sérosité claire, transparente, tout à fait comparable à de l'eau. Dans 18 cas les malades sont atteintes d'un écoulement séreux et aqueux. (Obs. 6, 15, 20, 23, 25, 28, 30, 31, 39, 68, 69, 70, 79, 80, 84, 87, 88, 91).

La leucorrhée n'est pas toujours seulement séreuse et aqueuse, elle est aussi sanieuse. Elle présente ces trois caractères réunis dans 9 cas (obs. 2, 3, 9, 35, 55, 58, 59). Elle est simplement sanieuse dans 4 cas (obs. 8, 38, 48, 83). L'écoulement était blanchâtre dans les observations 1, 29, 37, 47, 60, 71. Il est jaune pâle dans le n° 46, jaune dans le n° 104, et jaunâtre dans le n° 52. La leucorrhée est quelquefois striée de sang ou associée à des métrorragies (observations 37, 60).

En examinant les caractères de cette leucorrhée on constate qu'il y a au moins 27 cas, qui s'accompagnent de pertes séreuses et aqueuses. Comme le fait remarquer *Doran* dans

beaucoup de cas, ce symptôme n'a pas dû être rapporté et a échappé à l'attention des auteurs.

Ce symptôme a une grande importance. *Doran* lui accorde une grande valeur au point de vue du diagnostic.

Chez les femmes encore réglées, on observe quelquefois des troubles de la menstruation. La dysménorrhée est signalée par *Lecount* (37). L'aménorrhée temporaire est rapportée dans deux cas. Les règles ont été supprimées pendant *3* mois dans le cas de *Fischel* (16), et pendant *6* mois dans celui de *Russel Andrews* (46). Il y avait alternativement aménorrhée et ménorragie chez la malade de *Stroganoff* (21). La ménorragie est signalée dans *4* observations (12, 40, 69, 82). Des métrorragies se sont produites chez *10* malades (7, 34, 41, 51, 55, 61, 72, 81, 105, 107, 110). Elles ont marqué le début de la maladie dans l'observation de *Schauenstein* (81).

Très légères dans le cas n° 107 elles coloraient simplement en rouge les pertes vaginales. Chez la malade n° 110 elles étaient peu abondantes et accompagnaient les crises douloureuses.

Des phénomènes de compression ont été observés du côté de l'urètre. Ils se traduisent soit par de la difficulté à émettre la première urine, la lenteur de l'écoulement, soit par des mictions douloureuses ou fréquentes (obs. 9, 12, 17, 18, 19, 46). La rétention d'urine n'a été signalée qu'une fois (54). L'incontinence d'urine n'a été constatée également qu'une seule fois (56) et elle a duré pendant six mois.

Le rectum est comprimé ou envahi par le néoplasme. Suivant les cas on observe de la constipation opiniâtre (66, 100) de la difficulté pour aller à la selle (78).

L'envahissement du rectum par le néoplasme finit par rendre la défécation très douloureuse, (72), et même par produire une fistule (78).

Des élévations de température sont observées dans 5 cas (12, 18, 38, 104, 105).

Parmi les signes physiques l'existence de la tumeur est le plus constant. On la trouve indiquée dans 91 observations.

Elle est uni ou bilatérale. Le toucher combiné au palper permet d'apprécier son origine, ses limites, sa forme et sa consistance.

Dans le cas de tumeur pelvienne on sent la tumeur dans le Douglas, ou dans le Douglas et l'un des culs-de-sac latéraux. S'il s'agit d'une tumeur abdomino-pelvienne, on perçoit la tumeur dans un ou plusieurs culs-de-sac, et au niveau de la région hypogastrique ou dans une fosse iliaque. Quelquefois l'utérus est repoussé en avant par la tumeur prolabée dans le Douglas. Ainsi dans l'observation 59 deux tumeurs hypogastriques repoussaient l'utérus en avant. Quelquefois la tumeur est très réduite, les annexes sont légèrement augmentées de volume. On perçoit nettement le volume et la forme de la tumeur. Nous en avons déjà longuement parlé à propos de l'anatomie pathologique du cancer. L'existence des adhérences est également reconnue. On apprécie de même si la tumeur est plus ou moins douloureuse. Mais surtout on doit bien établir que la tumeur est annexielle. L'utérus est refoulé sur les côtés ou en avant. Il est parfois en rétroversion, plus rarement en antéversion. L'existence d'un fibrome ou d'un noyau secondaire sur l'endomètre sera recherchée. Au besoin, on aura recours à la dilatation et au cathétérisme de l'utérus.

On ne doit pas négliger l'examen des ovaires pour reconnaître les lésions, qui peuvent exister sur ces glandes.

Les ganglions inguinaux peuvent être envahis par les cellules cancéreuses. Ce qui se traduit par leur augmentation de volume.

L'hypertrophie des ganglions sus claviculaires a été signa-

lée. Chez la malade de *Duret* (26) ils ont diminué de volume après l'opération.

L'ascite, quand elle existe, est libre. Elle se présente avec ses caractères cliniques habituels.

La quantité de liquide épanché peut être considérable ; ainsi dans le cas d'*Herbert Spencer* (103) il y avait une augmentation très grande du volume de l'abdomen, de l'œdème des membres inférieurs et de la dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

Comme complications très rares, citons un cas de cystite (53) et un cas de phlegmatia alba dolens (52).

Souvent ce n'est qu'à une période assez avancée de la maladie que l'on observe une atteinte plus ou moins grande de l'état général. Certaines malades ne se plaignent que d'un peu de faiblesse et d'un léger amaigrissement. D'autres au contraire présentent une profonde altération de leur état général, elles sont émaciées.

Evolution. — Le début de l'affection est insidieux. La maladie débute fréquemment par des douleurs, ou bien par des douleurs et de la leucorrhée. Ensuite vient, par ordre de fréquence, le début par la leucorrhée, — par l'altération de l'état général et une tumeur, — par une tumeur, — par de la douleur et des métrorragies, — par une métrorragie. — par une crise de rétention d'urine (1 seul cas 54).

Le tableau clinique le plus habituel est celui d'une tumeur, accompagnée de douleurs et d'un écoulement séreux et aqueux. Mais l'aspect clinique peut être modifié suivant la présence ou l'absence d'un symptôme important ou à cause de l'importance que prend un symptôme accessoire.

Puis l'état général est atteint : des phénomènes de généralisation se produisent : envahissement des ganglions, métastases dans le péritoine, le tissu cellulaire du bassin,

l'intestin, le foie, le diaphragme, les reins (une seule fois dans ces deux organes et dans ce muscle).

Sur l'utérus, mais surtout sur l'ovaire des noyaux secondaires se greffent. Même ces deux organes sont envahis d'une façon très précoce.

Sans intervention opératoire l'affection aboutit fatalement à la mort.

La durée de l'affection est difficile à préciser. A côté de cas où les symptômes ont duré à peine quelques mois, existent des observations avec plusieurs années de durée.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer tubaire a été rarement fait. *Otto von Franqué* et *Graefe* ont fait deux fois un diagnostic de probabilité. *Falk* a fait une fois le diagnostic formel de cancer tubaire. Il a ponctionné la tumeur accolée au cul-de-sac postérieur. Il s'en est écoulé un liquide hémorragique contenant des particules de tissu néoplasique avec des cellules dégénérées et à gros noyaux.

Falk a basé son diagnostic sur les résultats de cette ponction exploratrice.

Jusqu'à ces dernières années on n'a pas songé à la possibilité de l'existence d'un épithélioma de la trompe. Des chirurgiens, comme *Follin*, *Duplay*, et *Schrœder* en niaient l'existence. C'est là une des raisons qui a pu empêcher de reconnaître l'existence d'une néoplasie tubaire.

Il est en général facile de faire le diagnostic des tumeurs malignes des annexes d'avec les tumeurs utérines.

Le siège latéral de la tumeur, sa non-continuité avec l'utérus sont de précieux éléments de diagnostic.

L'examen de l'utérus montre son état normal. La dilatation utérine, la prise d'un fragment d'endomètre et son examen microscopique, l'hystérométrie, fournissent de précieux renseignements, qui, combinés avec ceux fournis

par le toucher et le palper, permettent d'apprécier son état et de préciser le siège de la tumeur.

Mais une fois que la tumeur est reconnue d'origine annexielle, il s'agit de déterminer son point de départ et de savoir si c'est la trompe qui lui a donné naissance ou si c'est l'ovaire ; il faut également déterminer sa nature. Ce sont là des questions difficiles à résoudre. La preuve en est fournie par les différentes erreurs de diagnostic qui ont été faites.

Le cancer tubaire a été le plus souvent confondu avec une salpingite kystique. Des douleurs, des pertes vaginales, une tumeur parfois douloureuse, des crises de coliques salpingiennes suivies de vomiques salpingiennes, n'est-ce pas là le tableau complet de la salpingite kystique ?

Une grosse tumeur abdomino-pelvienne ou pelvienne, avec des douleurs, de l'amaigrissement, une ascite abondante dans quelques cas, ne font-elles pas penser à un kyste papillaire de l'ovaire ? Aussi *Duret* écrit-il : « La symptomatologie des épithéliomes ressemble considérablement à celle des tumeurs végétantes des ovaires.»

Il est évident que le diagnostic du cancer tubaire est très difficile ; mais il n'est pas impossible.

Quels sont donc les symptômes qui par leur association permettront de reconnaître un épithélioma tubaire ?

L'âge de la malade doit être pris en considération. On doit songer à la possibilité de l'existence d'un cancer tubaire chez une femme de 40 à 60 ans, mais tout particulièrement chez une malade de 40 à 50 ans, époque à laquelle apparaît le plus fréquemment le cancer.

Un écoulement séreux et aqueux constitue une présomption en faveur de l'existence d'un néoplasme. C'est un symptôme important sur lequel *Doran*, *Quénu* et *Longuet* ont attiré l'attention.

Mais il faudra établir que la cavité utérine n'est pas le siège de cet écoulement. On dilatera l'utérus, après curetage ; on prélèvera quelques débris de muqueuse que l'on examinera au microscope.

L'accroissement rapide de la tumeur est un symptôme de grande valeur, comme le fait remarquer *Kehrer*.

La formation d'adhérences sans élévation de température aurait pour *Jacobs* une grande importance : « Un autre symptôme dans notre cas éveille l'idée d'une tumeur maligne ou d'une tumeur de l'ovaire : l'*accentuation des adhérences de la tumeur située dans le Douglas, en l'absence de la température ;* et ce serait là une particularité à laquelle il conviendrait d'accorder désormais beaucoup d'attention.» Une ponction exploratrice, pratiquée toutes les fois qu'elle est possible, donne d'utiles renseignements. L'issue d'un liquide hémorragique avec des débris de néoplasme permet d'affirmer l'existence d'un épithélioma de la trompe.

Une inflammation pelvienne, refroidie depuis longtemps, est en faveur de l'existence d'un néoplasme.

D'après l'importance de l'association de ces symptômes, *Quénu* et *Longuet* concluent : « Aux approches de la ménopause, ou après elle, l'existence d'une tumeur annexielle, jointe à un écoulement non purement sanglant, la démonstration préalable du siège non utérin de cet écoulement, voilà le syndrome susceptible de caractériser un épithélioma tubaire. » Mais il faut tenir également compte de l'importance de l'accroissement de la tumeur et de l'accentuation des adhérences.

Aussi en résumé, chez une femme de 40 à 60 ans, qui a eu antérieurement des poussées de salpingite, on conclura à l'existence probable d'un cancer tubaire toutes les fois que l'on constatera l'existence d'un écoulement séreux et aqueux, qui ne sera pas d'origine utérine, l'accroissement rapide de

la tumeur, l'accentuation des adhérences. Si l'on constate des adénopathies inguinales et sus-claviculaires, on aura encore des arguments en faveur d'un néoplasme tubaire. La ponction exploratrice, quand il est possible de la pratiquer, lèvera tous les doutes ; toutes les fois qu'il y aura une ascite abondante on pensera à un kyste papillaire de l'ovaire.

Pronostic. — Au sujet du pronostic du cancer de la trompe, *Saenger* écrit : « D'après l'issue des cas connus jusqu'à ce jour, de carcinome tubaire primitif, le pronostic à porter est relativement favorable.»

Quénu et *Longuet* expriment une opinion tout à fait opposée : « Il semble, au contraire, qu'à ce point de vue les tumeurs végétantes de la trompe ne puissent être assimilées aux tumeurs végétantes ovariques ; les récidives post-opératoires mortelles sont très fréquentes dans notre relevé, et souvent très hâtives. »

Keitler, Rosthorn et *Kehrer* considèrent le cancer tubaire comme doué d'une malignité extraordinaire. *Rosthorn* attire l'attention sur ce fait que des métastases importantes ont lieu dans les ganglions iliaques et rétropéritonéaux malgré la petitesse du foyer primitif.

L'examen des 111 cas de cancer tubaire peut-il nous renseigner sur le pronostic? Il ne peut que nous fournir des données approximatives en raison du grand nombre de malades qui ont été perdues de vue. Ensuite il est impossible d'être fixé sur le sort des malades qui ont été opérées depuis 1, 2 ou 3 ans et qui n'ont pas présenté de récidive.

C'est surtout la première année et principalement pendant les premiers six mois que se produit la récidive. Puis par ordre de fréquence décroissante, elle a lieu de 1 à 2 ans, et de 2 à 3 ans, voici d'ailleurs notre tableau :

Avant le 6e mois inclus	16 cas
6e mois au 12e mois inclus	12 cas
1 à 2 ans inclus	10 cas
2 à 3 ans inclus	3 cas
3 à 4 ans inclus	1 cas? (85, la malade aurait eu un cancer de l'estomac?)

Sur ces 41 cas, la récidive était fatale dans 18 cas, parce que le cancer avait envahi les parties voisines. Mais dans 23 cas le cancer était resté localisé à la trompe.

Un cas (65) était inopérable. Deux malades sont mortes de maladie accidentelle (72, 86).

Deux observations sont muettes sur l'opération et les résultats opératoires (98, 108). Dans 6 cas les malades sont mortes des suites de l'opération (1, 12, 41, 42, 69, 101).

La malade de *Zweifel* (63) était en bon état de santé 8 ans après l'opération. L'apparition d'une récidive n'avait pas eu lieu dans l'observation n° 4 après 7 ans. Il en était de même de 2 à 3 ans après l'opération dans 3 cas (obs. 43, 46, 60).

La guérison persistait de 1 an à 2 ans après l'ablation du cancer dans les deux cas nos 9 et 20. Pas de récidive de 6 à 12 mois dans 6 observations (8, 10, 39, 71, 73, 84). Même constatation avant 6 mois dans 3 observations (33, 44, 53).

Dans beaucoup de cas les malades ont été perdues de vue, ou bien les renseignements sur leur état de santé plusieurs années après l'opération ne sont pas rapportés.

Si nous les possédions, il est probable que nous aurions à enregistrer un plus grand nombre de récidives parce que au moment de l'opération, le cancer s'était étendu à d'autres organes, dans 19 cas.

Un autre fait très important résulte de l'examen de toutes ces observations ; c'est que chez 46 malades il y avait déjà des métastases ; tandis que chez 59 autres il n'y en avait pas. Dans trois observations les renseignements manquent

sur l'état des autres organes. Cette revue rapide que nous venons de faire au sujet de la récidive du cancer et de son envahissement des parties voisines nous permet de conclure à l'extension souvent précoce aux parties voisines par continuité ou par voie lymphatique ; à la fréquence de la récidive la première année après l'opération, même quand le cancer n'a pas envahi les autres organes ; à sa fréquence moindre de 2 à 3 ans après l'opération.

Avec *Quénu* et *Longuet*, *Keitler*, *Rosthorn* et *Kehrer*; nous n'hésitons pas à conclure à la malignité extraordinaire du cancer de la trompe. Chez toute femme présentant un épithélioma tubaire le pronostic doit donc être grave.

Traitement. — En raison de la malignité de l'épithélioma tubaire, une intervention hâtive s'impose. Il faut opérer avant que les métastases aient eu le temps de se produire. Sur ce point-là, tous les auteurs sont d'accord. Mais ils cessent de l'être quand il s'agit de déterminer ce que l'on doit enlever.

Faut-il pratiquer la castration utéro-annexielle totale, ou faut-il se contenter de faire une salpingectomie ?

Quénu et *Longuet* sont partisans de la castration utéro-annexielle. Voici du reste sur quels arguments ils s'appuient :

« 1° En cas de lésions unilatérales, sait-on ce qu'il y a dans l'autre trompe ? Nous avons vu que la bilatéralité des épithéliomes tubaires est relativement fréquente, 8 cas sur 36. Dans un cas même où la lésion fut opératoirement considérée comme unilatérale, la récidive se fit dans les annexes supposées saines (cas de *A. Doran*).

2° Sait-on ce qu'il y a dans l'utérus ? La proportion de trois cas sur trente-six où la muqueuse utérine était le siège de greffes secondaires peut-elle donc être négligée ?

3° On ignore ce qui se passe au pédicule utérin de la

trompe malade. La traversée utérine de la trompe est un prolongement de la muqueuse tubaire et de la muqueuse utérine et c'est par ce défilé de l'ostium utérin que s'échappe cette sanie chargée de cellules cancéreuses.

4° Enfin des nodulations d'infection sont fréquemment observées sur le ligament large ; raison suffisante pour extirper complètement ce dernier. Il y a donc intérêts multiples à pratiquer d'emblée la plus large extirpation possible. »

Eckardt, lui aussi, est partisan de l'extirpation bilatérale des annexes et de l'hystérectomie sub-totale.

Alban Doran écrit à ce sujet : « Plusieurs opérateurs enlèvent l'utérus avec les appendices cancéreux, ce qui est une bonne façon de faire à plusieurs points de vue. Mais le bout utérin de la trompe cancéreuse peut être sain, tandis que trop souvent les viscères adjacents sont infectés. Dans de tels cas, la simple extirpation de la trompe malade est la meilleure opération. La laparotomie est préférable aux opérations vaginales quand on a pu soupçonner cette affection, car il est important de voir si quelque autre partie voisine est infectée. »

L'opinion de *Duret* est que : « En l'absence d'éléments précis pour le diagnostic précoce, il sera rarement possible d'entreprendre une opération hâtive, pourtant désirable : la salpingectomie suffirait alors à enrayer le mal.

Dans les cas les plus avancés, mais limités aux annexes, et aux organes pelviens, s'il n'y a que des greffes superficielles, on prolongera l'existence des malades, on leur épargnera les douleurs, en pratiquant au besoin, une castration abdominale totale. »

En résumé on peut envisager trois cas : 1° le cancer n'est pas limité à la trompe ; 2° le cancer est limité à la trompe, mais les annexes du côté opposé présentent des symptômes

d'inflammation ; 3° le cancer est limité à la trompe, les parois de l'oviducte ne sont pas perforées.

Evidemment la castration utéro-annexielle s'impose dans le premier cas. Elle est indiscutable. Elle doit être pratiquée également dans le deuxième cas. L'inflammation chronique des annexes du côté opposé peut favoriser la production d'un cancer. Au moment de l'opération sait-on si ces annexes ne sont pas le siège d'un début de cancer ?

Dans le troisième cas où le cancer est limité à la trompe, on a le choix entre la salpingectomie et la castration utéro-annexielle.

Les deux opérations ont donné d'excellents résultats. *Veit* (4) pratique la salpingectomie.

La malade est en bon état de santé sept ans après. *Zweifel* pratique la castration utéro-annexielle : la malade est en bon état de santé huit ans après. Les deux méthodes donnent donc d'excellents résultats.

Mais nous préférons la castration utéro-annexielle toutes les fois que l'état des forces de la malade lui permet de supporter une ablation étendue, quand elle a été atteinte par la ménopause, quand il s'agit de malades ayant dépassé quarante ans. La salpingectomie ne sera pratiquée que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Elle sera seulement réservée aux femmes qui sont atteintes de cancer avant 40 ans, qui sont réglées régulièrement, qui ne présentent aucun symptôme d'inflammation ni de l'utérus, ni des annexes du côté opposé.

LES TUMEURS EXOSALPINGIENNES

On trouve souvent dans les cas de salpingites et de myomes utérins des productions kystiques du volume d'une poire, d'une noix, rarement du volume d'un œuf, qui sont situées à la face externe de la trompe. Ce sont des kystes lymphangiectasiques et des collections séreuses développées au milieu d'adhérences inflammatoires. Ce ne sont pas de vraies néoplasies (1).

Le cas suivant qui nous a été communiqué par M. Tédenat, se rapporte à un papillome kystique indépendant de toute autre lésion de la trompe. M. Tédenat le regarde comme développé dans un parasalpinx. Disons d'abord ce qu'il faut entendre sous le nom de parasalpinx (*Kossmann*).

Ce sont des pavillons et trompes accessoires (parasalpinges de Kossmann, qui existent dans la proportion de 5/30 (*Waldeyer*), de 19/57 (*Kleinhaus*).

Au point de vue de leur siège, il faut distinguer deux variétés : 1° des pavillons tubaires accessoires s'insérant sur la trompe le plus souvent sur sa portion ampullaire, quelquefois au voisinage de son pavillon ou de l'isthme de Barkow.

2° Les pavillons paratubaires accessoires fixés non sur

(1) Max Saenger et Justus Barth : in Martin Krankheiten der Eileiter.

l'oviducte lui-même, mais en un point variable du méso-salpinx.

Leur configuration est celle d'un pavillon en miniature ; leur longueur varie de quelques millimètres à 2 ou 3 centimètres ; les uns sont minces, d'autres plus développés jusqu'à atteindre les dimensions d'une plume d'oie. — Ils sont tantôt uniques, tantôt au nombre de 2 à 5, de 7 dans un cas de Tédenat et alors d'inégales dimensions ; rarement ils sont ramifiés (*Godart*). Leur extrémité frangée est supportée par un pédicule solide ou creux (*Kossmann*) ou séro-hématique (2 cas de *Tédenat*). On trouve leur face interne revêtue par un épithélium à cils vibratiles.

La structure des parasalpinx est identique à celle de la trompe, toutes les fois qu'ils sont tubulés. D'après les recherches de Kossmann, appuyées par Wendeler, les parasalpinx sont d'origine müllerienne. Est-il possible que des tumeurs néoplasiques proviennent de ces parasalpinx, avec une structure comparable à celle des néoplasmes d'origine tubaire ? Nous le croyons, bien que nous n'ayons pu trouver d'observation comparable à la suivante qui nous a été communiquée par M. Tédenat.

Observation. — Mme B..., 26 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. — Réglée à 13 ans, régulièrement pendant 3 à 4 jours jusqu'à l'âge de 22 ans ; pertes rouges modérées, pas de leucorrhée. Mariée à 20 ans ; jamais de grossesse. A 22 ans, les règles deviennent plus abondantes, souvent avec caillots ; elles s'accompagnent de douleurs dans le bas-ventre, qui durent 5 ou 6 jours avant l'apparition du sang menstruel. A 25 ans, on découvre une tumeur du volume du poing sur le côté droit de l'utérus ; les douleurs sont persistantes, plus vives avant les règles. M. Tédenat consulté 8 mois après la constatation de la tumeur le 3 janvier 1909, note les faits suivants : malade grande, un

peu amaigrie, mangeant peu, constipée, — douleurs habituelles dans le bas-ventre et la région lombo-sacrée, — quelques pertes blanches, peu abondantes.

L'exploration bimanuelle donne les résultats suivants : utérus en rétroversion, refoulé fortement à gauche. A droite et un peu en avant de lui, tumeur du volume des deux poings, bosselée, mobile. L'exploration est douloureuse bien qu'il ne paraisse pas exister de masses inflammatoires. L'utérus n'est pas sensiblement augmenté de volume. Diagnostic : kyste de l'ovaire droit, probablement dermoïde.

20 janvier. – Laparotomie : Il s'écoule environ un grand verre de liquide ascitique un peu visqueux. La tumeur s'insère sur la partie moyenne de la trompe par un pédicule long de 4 à 6 centimètres et demi, de 7 ou 8 millimètres de diamètre, dur, lisse, gris blanc. Au-dessous de la tumeur l'ovaire est libre, blanc, avec des nodules d'aspect cicatriciel et de menus kystes. Section de la trompe au niveau de la corne utérine. Ligature du ligament large au-dessous de la tumeur de l'ovaire. Suture de l'incision abdominale à trois plans. Agraphes de Michel pour la peau. Réunion per primum. La malade quitte la clinique le 12 février 1909.

Revue à plusieurs reprises par M. Tédenat : ne souffre plus, sauf quelques vagues malaises dans les deux jours qui précèdent les règles, qui durent encore 4 ou 5 jours, mais moins abondantes et sans caillots.

Examen des pièces. — La trompe a une longueur de 15 centimètres en tenant compte d'une coudure postérieure au niveau du point d'attache de la tumeur. Leur volume est normal. Les franges du pavillon sont souples, flottant dans l'eau, sont libres les unes par rapport aux autres, sans la moindre trace de soudure.

La tumeur s'attache à la paroi tubaire sur son versant postéro-supérieur, solidement, par un pédicule long de

15 millimètres, blanc, dur, cylindroïde, de 7 à 8 millimètres de diamètre. La tumeur du volume des deux poings est polylobulée, en choux-fleurs avec des fentes qui séparent les lobules, quelques-unes sont profondes de un à trois centimètres. A la périphérie on trouve par places une disposition foliacée. Le tissu de la tumeur est dur. La trompe est incisée sur toute sa longueur du côté opposé à l'insertion du pédicule. Sa cavité est normale, sauf un peu de liquide visqueux. Il n'y a pas de nodules.

Le pédicule est entouré sur les deux tiers du pourtour de son insertion par une gaine de 2 à 4 millimètres de profondeur. La tumeur est absolument indépendante du pavillon et des franges.

Le pédicule ayant été sectionné suivant son axe, on voit nettement qu'il s'attache à toute l'épaisseur de la paroi, et on aperçoit son orifice de communication avec la cavité de la trompe.

Le tissu se compose de tissu fibreux avec de jeunes cellules fusiformes et de cellules allongées à gros noyau. Soit à la surface, soit dans les fentes on trouve un épithélium cylindrique par places, partout des cils vibratiles. Çà et là petites formations kystiques allongées ayant un revêtement d'épithélium cubique.

CONCLUSIONS

Les tumeurs primitives des trompes utérines sont des affections rares. Nous avons pu en relever plusieurs cas dans la littérature médicale, cas ainsi répartis :

1 cas douteux d'enchondrome.
3 cas de kystes dermoïdes.
1 cas de fibrome.
15 cas de fibromyomes.
7 cas de sarcomes.
5 cas de tumeurs, que nous désignons sous le nom de tumeurs mixtes.
1 cas de déciduome malin.
16 cas de papillomes et adénomes.
111 cas d'épithéliomes et carcinomes.
1 cas de tumeur exosalpingienne.

Les tumeurs épithéliales sont les plus fréquentes. Leur étude présente un grand intérêt clinique. Les observations de déciduome malin, d'enchondrome, de kystes dermoïdes, de fibrome sont des curiosités anatomiques et cliniques,

FIBROMYOMES

Les conditions qui président au développement des fibromes nous sont complètement inconnues. La puerpéralité et l'âge ne semblent avoir aucune action.

Les fibromes siègent sur n'importe quel point de la trompe. Suivant qu'ils se développent vers l'intérieur ou l'extérieur de la trompe on peut les diviser en interstitiels, sous-muqueux et sous-séreux.

Leur consistance est ferme et ligneuse.

Ils peuvent subir la dégénérescence kystique ou lymphangiectasique.

Au point de vue microscopique ils présentent la structure du fibromyome classique.

La symptomatologie n'a rien de caractéristique.

Les douleurs sont du type annexiel, continues avec crises paroxystiques.

Les métrorragies se rencontrent assez fréquemment.

Le palper, combiné au toucher, montre une tumeur dure, lisse, avec ou sans adhérences, siégeant à côté ou en arrière de l'utérus, qu'elle refoule du côté opposé.

Le diagnostic n'a jamais été posé. La confusion avec une tumeur solide de l'ovaire, de l'utérus est facile.

Le pronostic est bénin, sauf au point de vue obstétrical.

La tumeur doit être enlevée. La méthode de choix est la salpingectomie avec ablation de l'ovaire quand les annexes présentent des lésions. Sinon on aura recours aux opérations conservatrices, polypectomie abdominale, dans les cas de fibromes sous-séreux, énucléation avec reconstitution des feuillets dans les cas de fibromes des ligaments larges, myomectomie interstitielle ou sous-muqueuse dans les cas de fibromes interstitiels ou sous-muqueux.

SARCOMES

La tumeur unilatérale siège sur les deux tiers externes de la trompe. Elle est lisse et de volume variable.

Au point de vue microscopique, rien de particulier.

Des nodosités secondaires peuvent s'observer.

Les symptômes fonctionnels sont essentiellement variables.

A l'examen des malades on trouve une tumeur dure, lisse et juxta-utérine.

Le pronostic est sérieux.

Le traitement est le même que celui de l'épithélioma.

TUMEURS MIXTES

Sous ce terme de tumeurs mixtes, nous plaçons 5 cas où la prolifération néoplasique a porté à la fois sur le tissu conjonctif et sur le tissu épithélial. Les trois premières de ces tumeurs, décrites sous le nom de sarcomes par leurs auteurs, ont été décrites par *Quénu* et *Longuet* sous le nom de tumeurs mixtes.

Nous en avons réuni deux autres cas. Ces tumeurs sont également appelées carcino-sarcomes par *Von Franqué* et *Schaefer*.

Ce sont 5 tumeurs malignes, constituées par des éléments épithéliomateux et sarcomateux.

PAPILLOME ET ADÉNOME

Les tumeurs épithéliales bénignes sont des adéno-papillomes.

Ils siègent sur le tiers externe de la trompe.

Dans la majorité des cas les deux ouvertures de la trompe sont fermées.

Ces tumeurs sont de nature inflammatoire.

Leur symptomatologie est celle des salpingites kystiques.

Ces tumeurs doivent être enlevées, car elles peuvent subir la dégénérescence maligne comme l'a écrit *Doran*.

Aussi chez toute femme de 40 à 50 ans, qui présentera les symptômes d'une salpingite kystique, on devra pratiquer la salpingectomie.

ÉPITHÉLIOMA

La tumeur est unilatérale dans 70 % des cas. Il y a souvent des adhérences. Son volume varie de celui d'un œuf à celui d'une tête d'enfant.

La trompe, dilatée dans sa partie externe, est rattachée à l'utérus par un pédicule qui peut se tordre.

L'ostium abdominal est ordinairement fermé. Quelques cas font exception à cette règle.

L'ostium utérin est tantôt perméable, tantôt fermé. S'il est perméable on constate un écoulement vaginal. S'il est fermé, on constate l'absence de tout écoulement. Si sa perméabilité est diminuée, on voit se produire l'hydrops tubæ profluens.

La trompe contient un liquide clair et limpide, sanieux, rarement purulent. Ce liquide est hémorragique dans certains cas. Sauf dans de rares cas la trompe ne contient pas de liquide.

Le néoplasme remplit plus ou moins complètement la lumière de la trompe. Cela dépend de la quantité de liquide qu'elle contient. L'épithélioma est toujours papillaire.

En effet toutes les néoformations de la muqueuse tubaire

présentent ce caractère excessivement important : Elles ont un aspect papillaire. Cet aspect papillaire est le même qu'il s'agisse d'un adéno-papillome bénin ou d'un adéno-papillome malin.

On peut distinguer deux types de végétations papillaires : le type papillaire et le type villeux. Elles s'implantent toujours sur l'ampoule de Henle qui est le segment pathologique de la trompe. Elles forment une masse unique rattachée à la muqueuse par un court pédicule.

L'ovaire présente des lésions variables. Il est kystique ; il est envahi plus ou moins par le néoplasme ; il est le siège d'inflammation banale ; parfois il est absolument sain.

L'utérus est quelquefois fibromateux ; on note des noyaux secondaires dans de rares cas.

Le système ganglionnaire est envahi de bonne heure. L'adénopathie de Troisier a été constatée deux fois.

Des métastases s'observent dans différents organes. Elles sont surtout fréquentes sur le péritoine pelvien.

L'ascite est rare dans les cancers tubaires.

Au point de vue microscopique on peut distinguer trois types d'épithéliomes tubaires : le type papillaire, le type adéno-papillaire, le type adéno-papillo-alvéolaire.

Le cancer tubaire s'étend de deux façons : par continuité et par voie lymphatique.

On différencie le cancer tubaire du carcinome primitif de l'ovaire en se basant sur les signes suivants :

1° Le point de départ du cancer primitif est dans la muqueuse Celui du cancer secondaire est dans la couche séreuse.

2° L'ascite est exceptionnelle dans le cancer primitif.

Elle est la règle dans les tumeurs végétantes de l'ovaire.

3° Dans les cancers de l'ovaire les cellules gardent des caractères qui rappellent les cellules d'origine.

4° L'ordonnance des épithélium peut dans certains cas indiquer quel a été le point de départ de la tumeur.

Les conditions qui favorisent le développement du cancer tubaire sont :

1° L'âge, — surtout de 40 à 50 ans, plus rarement de 50 à 60.

2° Le passé obstétrical. — Les femmes qui ont eu des enfants sont les plus sujettes à la maladie — mais c'est surtout quand il y a infection que le passé obstétrical joue un rôle très important.

3° L'infection d'origine gonococcique ou puerpérale. — Le cancer tubaire se développe sur une trompe, siège de lésions inflammatoires. Mais c'est une vieille salpingite, qui n'est plus purulente. Elle détermine la production d'adénopapillomes.

Ces tumeurs bénignes subissent la dégénérescence maligne comme l'a montré *Doran*. La théorie infectieuse du cancer tubaire est passible de plusieurs objections. Elle est en partie vraie. Mais dans certains cas l'infection n'existe pas, et elle ne peut pas être invoquée comme favorisant la production du cancer.

Les symptômes du cancer tubaire se divisent en symptômes fonctionnels et en symptômes physiques.

Les symptômes fonctionnels sont par ordre d'importance:

1° Les douleurs — elles siègent à l'hypogastre, à l'abdomen, dans les fosses iliaques — elles s'irradient dans les lombes et au sacrum — elles sont continues avec crises paroxystiques.

2° La leucorrhée — ses caractères sont, d'après leur importance :

Un écoulement séreux et aqueux, un écoulement aqueux et sanieux, exceptionnellement un écoulement jaune.

3° L'hydrops tubae profluens.

4° Des métrorragies ;

5° Des troubles de la menstruation, rares chez les femmes encore réglées ;

6° Des phénomènes de compression ou d'envahissement déterminent : de la dysurie -- de la constipation — des douleurs pendant la défécation.

Les symptômes physiques sont :

1° La présence d'une tumeur pelvienne ou abdomino-pelvienne de volume variable ;

2° L'accroissement rapide de cette tumeur ;

3° La formation rapide de nombreuses adhérences sans fièvre ;

4° Quelquefois l'hypertrophie des ganglions inguinaux et des sus-claviculaires.

A une période avancée de la maladie, ou précocement existe une atteinte profonde de l'état général.

A cause du peu de précision des observations, il est impossible de déterminer la durée de l'affection.

Le début de la maladie se fait, par ordre de fréquence décroissante : par les douleurs ; par les douleurs et de la leucorrhée ; par de la leucorrhée ; par de l'altération de l'état général et une tumeur ; par une tumeur ; par des douleurs et des métrorragies ; par une métrorragie ; par une crise de rétention d'urine.

Le tableau le plus habituel est celui d'une tumeur avec des douleurs et un écoulement séreux et aqueux. Mais l'aspect clinique peut être modifié suivant la présence ou l'absence d'un symptôme ou à cause de l'importance d'un symptôme accessoire.

L'état général est atteint. Des phénomènes de généralisation se produisent. La malade succombe à la cachexie cancéreuse.

Le diagnostic du cancer primitif de la trompe est très difficile. il n'a été posé qu'une fois par *Falk. Otto von*

Franqué et *Grœfe* ont fait deux fois un diagnostic de probabilité.

Le diagnostic différentiel d'avec les tumeurs utérines est facile. Mais l'affection est souvent confondue avec une tumeur de l'ovaire, et surtout avec une salpingite kystique.

On pensera à un cancer primitif de la trompe quand une malade présentera le syndrome suivant :

Femme de 40 à 60 ans, ayant eu antérieurement des symptômes d'inflammation pelvienne, présentant des douleurs, un écoulement séreux et aqueux, et une tumeur.

Le diagnostic s'imposera davantage si l'on constate un accroissement rapide de la tumeur, la formation d'adhérences sans fièvre.

Une ponction exploratrice, quand elle est possible, donnera des renseignements d'une importance capitale, si l'on a un liquide hémorragique avec des débris de tumeur.

Le pronostic est très grave. Le cancer tubaire est d'une malignité extraordinaire. Il envahit souvent d'une façon précoce les autres parties soit par contiguité, soit par voie lymphatique.

La récidive est fréquente la première année après l'opération, même quand le cancer est limité à la trompe ; sa fréquence est moindre 2 ou 3 ans après l'opération.

Mais on peut observer de notables survies : deux cas, l'un de 7 ans et l'autre de 8 ans.

L'opération doit être hâtive.

Doit-on pratiquer la salpingectomie ou la castration utéro-annexielle ?

Premier cas — cancer de la trompe avec envahissement d'autres régions :

La castration utéro-annexielle s'impose.

Deuxième cas — le cancer est limité à la trompe, mais les annexes du côté opposé sont enflammées :

La castration utéro-annexielle.

Troisième cas — le cancer est limité à la trompe :

La castration utéro-annexielle est encore la méthode de choix. La salpingectomie ne sera pratiquée qu'exceptionnellement chez les femmes jeunes, bien réglées, dont l'utérus et les annexes du côté opposé ne présenteront aucune sorte de lésions.

TUMEUR EXOSALPINGIENNE

1° Les parasalpinx ont une structure identique à celle de la trompe toutes les fois qu'ils sont tubulés.

2° Ils peuvent servir de point de départ à des productions néoplasiques (cas de M. le professeur Tédenat).

OBSERVATIONS

Dues à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat

OBSERVATION I

Papillome ramescent des deux trompes oblitérées à l'ostium abdominal. — Castration abdominale totale. — Guérison persistant depuis neuf ans.

Louise C..., 45 ans, est adressée à M. le professeur Tédenat par le docteur Bourguet, le 2 mai 1895.

La mère est morte d'un cancer du sein. Réglée à 12 ans, régulièrement et sans souffrances, mariée à 23 ans, L. C... a eu trois enfants. Le dernier accouchement s'est accompagné d'accident infectieux (1880) ; et depuis, la malade a des douleurs abdomino-lombaires, des pertes blanches et des règles prolongées.

Depuis trois ans, les pertes blanches viennent par moments à flots, dit-elle, et sont alors précédées de vives coliques. Il y a sept ou huit mois, elle a constaté que son ventre grossissait et les douleurs ont augmenté. Elle a alors consulté le docteur Bourguet, qui diagnostiqua un double pyosalpinx.

4 mai. — La malade a un peu maigri ; mais son état géné-

ral est satisfaisant. Pouls à 90, température normale, constipation, douleurs au bas-ventre et à la région sacro-lombaire. Les règles durent huit à dix jours avec quelques caillots ; les pertes blanches sont abondantes et viennent de temps en temps par petits flots, précédées de coliques qui durent de quinze à vingt minutes, très douloureuses plusieurs fois dans la journée.

Examen. — L'utérus est en rétroversion adhérente ; on sent la trompe gauche du volume du poing, bosselée, un peu mobile et on peut l'explorer sans provoquer de douleurs vives. La trompe droite est fortement tendue avec la forme d'une grosse aubergine, dont la grosse extrémité est en dehors dans la fosse iliaque. On la sent dure, lobulée, adhérente.

M. Tédenat diagnostiqua un double pyosalpinx, et à cause des douleurs, des pertes blanches abondantes, conseille une laparotomie.

Opération. — Le 8 mai — Après anesthésie à l'éther, les précautions d'asepsie prises, une incision est faite sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Le péritoine est fixé de chaque côté par deux points de suture, une valve de Doyen est appliquée au bas de l'incision ; et, la table mise en Trendelenburg, l'intestin est refoulé avec des compresses. Alors on voit bien l'utérus, en forte rétroversion, avec des adhérences à son fond refoulé à gauche, par la trompe droite d'un gris rosé, noduleuse, ayant environ 14 centimètres de long, sur 7 à 9 de dimensions transversales suivant les points. La trompe gauche de même aspect à les dimensions du poing.

Les deux trompes sont décollées sans grandes difficultés et excisées ; mais, dans le moignon au niveau de la corne utérine, existent des végétations. — M. Tédenat pratique alors l'amputation totale de l'utérus. Suture régulière des

ligaments larges et de la section vaginale. Comme la péritonéisation est complète, et qu'il n'y a pas eu de souillure du cavum pelvien, la suture de la paroi abdominale est faite sans drainage.

Suites opératoires simples, sauf un menu abcès au point de suture inférieur.

Le 25 mai, la malade se levait. Elle quittait l'hôpital le 6 juin, vingt-huit jours après l'opération. Elle était en bonne santé en septembre 1904, neuf ans et trois mois après l'intervention chirurgicale.

Examen des pièces enlevées. — La trompe gauche contient environ 150 grammes d'un liquide roux, foncé, visqueux, où nagent des grains mous, gris, luisants, débris des végétations qui la remplissent formant au moins les huit dixièmes de son contenu. Ces végétations sont les unes sessiles et agminées en chou-fleur ; d'autres plus rares sont pédiculées et ramescentes. Elles sont molles sauf quelques-unes très rares, dont l'extrémité est rugueuse et sèche. Leur implantation se fait à la surface de la muqueuse, et ne pénètre pas profondément dans la paroi tubaire, épaissie jusqu'à avoir de 2 à 3 centimètres, selon les points. Les végétations ont leur plus grand développement, dans le tiers externe de la trompe. Elles sont plus rares et moins volumineuses, dans la partie interne ; on en voit pourtant quelques-unes du volume d'un grain de maïs, grenues, jusque dans la corne utérine dont l'orifice est large, et facilement perméable.

La trompe droite a la forme d'une grosse aubergine. Elle contient un liquide brunâtre, plus coloré et plus abondant que celui de la trompe gauche. Les végétations y sont moins développées. La paroi est épaissie. Aux deux trompes le pavillon est oblitéré par une soudure fibreuse, résistante, où on voit nettement les traces des franges inver-

sées. L'utérus a 8 centimètres de long, une paroi dure sans augmentation notable de son épaisseur. Le col présente les lésions de la cervicite glandulaire hypertrophique.

L'examen microscopique montre un stroma connectif, dense, fibrillaire, avec des cellules arrondies et fusiformes. Il naît de la muqueuse et forme des bourgeons fibrillaires se ramifiant finement à leur extrémité libre. Les vaisseaux assez développés sur la papille conjonctive principale sont presque invisibles sur les fines ramescences.

Ce stroma supporte un épithélium cubique ou cylindrique presque partout disposé en couche unique. En de rares points on voit quatre ou cinq assises de cellules épithéliales ; les plus superficielles sont aplaties et comme cornées. A part ces dernières, toutes les cellules épithéliales ont un gros noyau arrondi ou ovoïde, fortement coloré. Par places les fascicules connectifs se soudent, surtout vers l'extrémité interne des papilles ; et là on voit des amas, des nappes de tissu épithélial où le support connectif fait défaut. Dans ces amas épithéliaux, quelques cellules sont troubles, vacuolées ou piquetées de graisse. Sur quelques coupes, on voit des espaces arrondis ou allongés, revêtus d'un épithélium cylindrique avec quelques cils vibratiles. Ces espaces occupent la partie moyenne des espaces interpapillaires et paraissent dûs à la coalescence des papilles. On n'en voit pas à leur base et il n'existe pas de formations épithéliales dans les plans juxta-musculaires de la musculeuse. La couche musculaire est envahie par du tissu connectif avec de nombreux éléments jeunes. Les fibres musculaires sont rares et atrophiées.

OBSERVATION II

Tumeur végétante de la trompe droite. Kyste papillaire de l'ovaire droit. Amputation totale utéro-annexielle. Guérison persistant depuis 5 ans.

Brigitte Dan..., 43 ans, est adressée à M. le professeur Tédenat par le docteur Raynaud, le 2 mai 1899.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. Une sœur plus âgée est morte d'une tumeur du sein ; deux frères (35 et 38 ans) se portent bien.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans régulièrement, 3 ou 4 jours sans douleurs, sans leucorrhée. Fièvre typhoïde à 21 ans, bénigne. Mariée à 23 ans. Accouchements normaux à 25 et 26 ans. A l'âge de 38 ans, pertes jaunes abondantes avec cuissons en urinant ; douleurs de ventre, quelques vomissements et un peu de fièvre. La malade garda le lit pendant 10 jours. Depuis, les douleurs persistent peu intenses dans le ventre et la région lombo-sacrée ; les règles sont plus longues (6 à 8 jours) et plus abondantes ; la leucorrhée, malgré les injections quotidiennes, tache le linge. Il y a dix mois, métrorrhagie abondante avec caillots. Le docteur Raynaud constate un peu d'ascite avec utérus gros, fixé ; l'endolorissement de l'abdomen, l'anorexie, une faiblesse générale tiennent la malade au lit. L'ascite augmente, et le 2 septembre le docteur Raynaud fait une ponction qui donne issue à 4 litres de liquide clair. La malade est soulagée ; mais la ponction est nécessaire le 3 février et le 29 mars 1899. Elle entre dans le service du professeur Tédenat, le 2 mai 1899.

3 mai. — La malade dit avoir un peu maigri, mais son état général est satisfaisant. Elle se nourrit et digère assez bien. Constipation nécessitant des lavements fréquents.

Douleurs sourdes abdomino-sacrées, sans irradiations aux membres inférieurs.

A travers l'ascite, dont la courbe dépasse un peu l'ombilic, on sent une tumeur du volume d'une grosse poire, occupant la partie gauche du bassin.

L'exploration combinée donne les résultats suivants : Vagin normal, un peu lâche ; le col de l'utérus béant, grenu, regarde dans l'axe du vagin. Le fond est en rétroversion peu adhérente. Dans le cul-de-sac gauche, saillie arrondie, formée par la tumeur ci-dessus indiquée, un peu mobile, pyriforme, à grosse extrémité externe, lisse, de consistance ferme, se continuant vers la corne utérine par son extrémité interne du volume du doigt et noduleuse. Cette tumeur offre les caractères morphologiques et les connexions d'une grosse trompe.

Rien à noter du côté des autres viscères ; le cœur bat à 90, sans irrégularités et sans souffle.

L'exploration, faite le 5 mai, après évacuation de 5 litres de liquide ascitique rosé, a été rendue facile par la grande laxité de la paroi abdominale et a fait porter le diagnostic : Hydro-salpinx probablement aseptique, vu l'ancienneté et l'absence de phénomènes fébriles.

8 mai. — Laparotomie. Pas d'adhérences à la paroi antérieure : valve de Doyen à la partie inférieure ; larges compresses pour refouler l'intestin, la table étant mise en Trendelenburg. La trompe gauche adhère en arrière. Elle a le volume d'une grosse poire. La trompe droite du volume du doigt, occupe sa position normale, un peu attirée vers l'utérus. L'ovaire droit bosselé, a le volume d'un œuf de poule, avec de petites végétations à la surface.

En présence de telles lésions, M. Tédenat pratique l'amputation utéro-annexielle de droite à gauche, pensant que le décollement des annexes gauches adhérentes se fera plus

facilement de bas en haut ; et il en alla ainsi. La suture des ligaments larges et de la tranche vaginale fut aisée et correcte. Fermeture de la plaie abdominale sans drainage.

Suites opératoires simples. La malade quitte l'hôpital le 9 mai 1899, un mois juste après l'opération. Elle était à Barcelone, bien portante, en septembre 1904, plus de cinq ans après l'opération.

Examen des pièces. — *Utérus*, 9 centimètres de long. La paroi est épaisse, molle avec quelques mamelons, surtout développés à la partie supérieure des deux parois. Au col, lésions de trachélite chronique, avec érosion et boursouflement des deux lèvres.

Trompe gauche. — En forme de grosse poire longue de 15 centimètres, avec une largeur maximum de 10. Elle est lisse, ferme. Quand on la presse entre les doigts, on sent de vagues nodosités à son intérieur ; et il s'écoule par l'orifice interne environ deux cuillerées à soupe de liquide visqueux, roussâtre. La partie interne de la trompe, sur une longueur de 4 centimètres, a le volume du doigt. La portion dilatée se continue brusquement avec la portion interne et se porte en arrière par une torsion nette en demi-sphère. Incisée suivant sa longueur, la paroi est épaissie, dure. Elle est remplie de végétations et il s'écoule un demi-verre de sérosité visqueuse de couleur jaune-foncé. L'ostium péritonéal est fermé par une masse cicatricielle peu épaisse, mais très résistante. On voit quelques franges inversées adhérentes, mais faciles à identifier.

Les végétations ont leur plus grand développement dans le tiers externe de la poche tubaire. Elles forment des masses en chou-fleur de faible consistance, à lobules pressés les uns sur les autres, mais s'écartant, s'étalant sous le jet d'eau. La plupart s'implantent par un large et court pédicule, portant souvent sur ses parois latérales de menus grains

roses et luisants d'aspect riziforme. Dans la moitié interne de la trompe, les végétations sont petites et clairsemées, sous forme de petites verrues gris-rosé.

Sur la coupe, les végétations ne pénètrent pas profondément dans la paroi et semblent rester dans les plans superficiels de la muqueuse.

L'ovaire gauche est scléreux, avec quelques microkystes. Il est enfoui dans des adhérences.

Trompe droite. Elle a le volume du doigt avec quelques nodosités au voisinage de la corne utérine. Elle est dure, perméable, contient un peu de mucus filant, rougeâtre, mais pas de végétations. Sa longueur est de 13 centimètres.

L'ovaire droit du volume d'un œuf de poule, présente une masse papillaire gris-rosé, du volume d'une noisette, qui se continue avec une grappe un peu plus volumineuse, contenue dans un kyste ayant environ 3 centimètres de diamètre et dont la paroi porte quelques fines végétations grenues et de consistance ferme. Cet ovaire présente trois autres petits kystes à liquide séreux, mais sans traces de végétations.

Examen microscopique. — Sur des coupes faites perpendiculairement à la paroi tubaire et selon l'axe des minuscules verrues de la partie interne de la trompe, on voit : une charpente fibrillaire avec quelques cellules rondes et fusiformes, se continuant avec le stroma de la muqueuse. Dans le plan externe de la base, on trouve quelques fibres musculaires lisses, peu développées. A la surface une seule couche d'épithélium cubique. Une dizaine de coupes montrent la même disposition de ces papilles; sauf ces deux points les cils vibratiles font défaut.

Sur des coupes faites perpendiculairement à l'axe des grosses végétations, on voit des travées connectives, sur lesquelles reposent des cellules épithéliales cubiques,

par places disposées en cinq ou six couches. Les plus profondes sont cubiques; les superficielles sont aplaties. Par endroits existent des cavités tapissées d'épithélium cylindrique ou cubique sans cils vibratiles. Il semble qu'elles proviennent de la soudure des villosités. A la racine des papilles et vers leur partie centrale sont des vaisseaux à parois épaisses, entourés de petits îlots et même de vraies gaines de cellules jeunes, arrondies ou fusiformes. Dans le stroma de la muqueuse, on ne voit aucune formation épithéliale, mais quelques îlots d'infiltrations leucocytiques.

OBSERVATION III

Tumeur végétante des deux trompes. — Castration totale.— Guérison.

Marie Bar., âgée de 36 ans, de Salies (Pyrénées-Orientales), est adressée à M. le professeur Tédenat par le docteur Massot de Perpignan, le 6 janvier 1904. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. La santé générale a été toujours satisfaisante. Réglée à 11 ans, tous les vingt-cinq jours, les règles peu abondantes et sans caillots duraient sept jours sans douleurs.

Mariée à 22 ans, elle eut peu après des pertes blanches pour la première fois, assez abondantes, mais sans douleurs, sans troubles de la miction. Jamais de grossesse.

Elle a commencé à souffrir, il y a dix ans, surtout pendant la miction, devenue un peu fréquente. Après quatre ans de brûlure au passage de l'urine, elle consulte un médecin qui enlève un polype de l'urètre. Les douleurs cessent. Il y a deux ans, les douleurs de miction reviennent, et le docteur Massot les fait disparaître en excisant à nouveau le polype vasculaire du méat.

Il y a huit ou neuf mois, les règles restant régulières, les pertes blanches augmentent, deviennent très abondantes, malgré des injections et obligent la malade à porter un pansement.

Quelques vagues douleurs lombo-abdominales, puis, il y a deux mois, violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, obligeant la malade à garder le lit, pendant quinze jours, sans fièvre, sans vomissements. A ce moment, elle constate une tumeur dans la fosse iliaque droite. Les pertes blanches, qui avaient presque disparu pendant les quinze jours de douleurs, recommencent abondantes quand les douleurs se calment.

La malade mange peu, digère assez bien et a des selles régulières.

Elle est pâle, amaigrie, souffre un peu du ventre. Le pouls est petit et rapide 120 ; la température est normale. Rien à noter du côté du cœur, des poumons ni des viscères abdominaux. Tout se passe du côté des organes génitaux.

Examen des organes génitaux. — Notons le polype grenu, rouge, à court pédicule, inséré sur la partie inférieure du méat urinaire.

Rien à signaler à la vulve ni au vagin. Le col, normal comme forme, est dirigé en avant, le fond de l'utérus est en rétroversion forte et très adhérente. Dans le cul-de-sac latéral droit, tumeur lobulée, du volume d'un œuf de poule, sur laquelle glisse la paroi vaginale. Dans le cul-de-sac gauche, tumeur lobulée avec une masse centrale fluctuante. La main appliquée sur la paroi abdominale sent cette tumeur qui remplit la fosse iliaque gauche jusqu'au voisinage de la ligne médiane et affleure une ligne horizontale passant à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Par le toucher rectal, on sent la tumeur sur laquelle la paroi rectale est mobile. La fluctuation de la tumeur gauche

est très nette. M. Tédenat porte le diagnostic de tumeur papillaire kystique des ovaires, sans ascite.

14 janvier 1904. — Le pouls reste à 120 ; la quantité d'urine varie entre 600 et 1.000 grammes ; l'urée totale varie de 8 à 15 grammes. Vagues douleurs distensives ; constipation. M. Tédenat ponctionne par le vagin, où elle fait forte saillie, la tumeur kystique gauche et retire 1.500 grammes de liquide filant, brun, dont l'analyse donne les résultats suivants :

Le dépôt contient en nombre à peu près égal des hématies et des leucocytes et quelques corps granuleux de 20 à 30. μ.

Densité du liquide	1.026
Matières albuminoïdes	74.2
Autres matières organiques	6.8
Chlorures (en Na Cl.)	5.9
Autres matières minérales	1.9
Pas de métalbumines	

17 janvier. — Le liquide s'est reproduit aussi abondant qu'avant la ponction. Il y a de la fièvre et des douleurs plus vives.

19 janvier. — Laparotomie médiane. On arrive sur la tumeur qui présente la disposition suivante : à gauche masse kystique du volume du poing, d'où la ponction évacue un liquide chocolat clair. A droite de l'utérus, masse plus volumineuse, très adhérente, qui crève, laissant écouler une bouillie caséo-purulente. Ces deux masses sont d'origine tubaire.

En avant de l'utérus, masse du volume d'un œuf de poule en chou-fleur, greffée sur le péritoine vésico-utérin. Comme il est impossible de trouver un plan de clivage dans ces masses fragiles caséo-purulentes et surtout dans le but d'une opération plus complète et d'une asepsie meilleure, M. Tédenat se décide pour la castration totale. Il décolle le péritoine anté-utérin, refoule la vessie, après excision du bloc greffé sur le péritoine, lie les artères utérines, fend

l'utérus sur la ligne médiane et enlève chaque moitié avec les masses annexielles correspondantes. Suture des tranches vaginales dans un but d'hémostase avec conservation d'un orifice médian pour un drain qui sort dans le vagin où il est enfoui dans une mèche de gaze iodoformée.

Suture de la paroi abdominale, avec orifice de drainage à la gaze à sa partie inférieure. La libération de la masse gauche, qui remplissait le Douglas et la moitié gauche du ventre jusqu'à la ligne médiane, fut pénible à cause des adhérences. Le péritoine fut largement excisé ; néanmoins, la péritonéisation fut correcte.

La température, qui était à 39 la veille de l'opération et à 39 le matin, tomba à 38 ; le pouls de 120 passa à 100.

Puis le quatrième jour, ascension thermique due à un abcès dentaire. Elle dura deux jours.

Les deux points de suture inférieurs déchirèrent les tissus et la cicatrisation se fit lentement sans accidents d'infection. Elle était complète le 2 mars. La malade quitta l'hôpital en très bonne santé et se portait bien à la fin d'octobre (1).

Examen des pièces.— La trompe droite forme une tumeur du volume d'une grosse poire. Elle est remplie de végétations papillomateuses, quelques-unes pédiculées; la plupart sessiles, pénétrant dans la paroi épaissie de la trompe, sous forme de fins bourgeons séparés par une trame connective mince, qui dessine des alvéoles.

Ces végétations remplissent la trompe dans toute son étendue.

L'ovaire droit ratatiné montre de nombreux corps jaunes cicatriciels. A sa face postérieure existe un orifice menant dans une cavité du volume d'une noisette qui porte quelques végétations.

(1) Le docteur Traby m'annonce qu'elle a succombé en février 1905 avec de grosses végétations qui avaient perforé la vessie.

La trompe gauche dilatée est sous forme d'une cavité ayant les dimensions d'une mandarine. Les parois sont épaissies ; sa face interne est hérissée de végétations arrondies ou papilliformes.

L'ovaire gauche est atrophié et scléro-kystique. Toutes les végétations intra-tubaires sont dures et fragiles ; beaucoup sont en désagrégation, formant une bouillie grisâtre ou brunâtre suivant les points.

L'utérus est légèrement augmenté de volume (8 centimètres). Le museau de tanche est normal, ainsi que le vagin. On constate au niveau de la partie externe et droite du col un fragment de tumeur néoplasique, qui peut se détacher de l'utérus et qui est un reste de la tumeur à point de départ ovarien. Autour de l'utérus, ganglion du volume d'une noisette, blanchâtre dans un tissu cellulaire enflammé.

Sur une coupe faite au niveau des papilles les plus petites de la trompe, on constate un épaississement de l'épithélium avec prolifération du chorion.

Les culs-de-sac épithéliaux s'enfoncent profondément dans ce chorion et déterminent des cavités en doigt de gant qui en s'isolant constituent de véritables kystes arrondis, à épithélium d'abord cylindrique à cils vibratiles, puis aplati. — Ces cavités kystiques, à mesure qu'on s'approche des végétations, présentent des bourgeonnements papilliformes avec prolifération intense de l'épithélium. Ces néoformations s'agrandissent, arrivent au contact, et finissent par se confondre pour constituer une néoplasie papillaire typique qui s'ulcère à la surface et pénètre faiblement dans la profondeur à travers les espaces connectifs, le développement se faisant plutôt vers la cavité de la trompe. En certains points, on voit dans le chorion, au voisinage de la base des papilles, de grandes cellules renfermant cinq ou six noyaux qui donnent l'impression de formations syncytiales.

TABLEAUX SYNOPTIQUES

DES TUMEURS PRIMITIVES

DE LA TROMPE

ENCHONDROME

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
I	.....	.....	D	.....	.....	.....

ENCHONDROME

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
La trompe droite est flexueuse, épaissie, le pavillon est soudé ; les villosités hypertrophiées ; petite tumeur de la grosseur d'une grosse noisette, à parois rugueuses, de consistance cartilagineuse, faisant corps avec la tunique externe de la trompe. Enchondrome formé de tissu cartilagineux à petites cellules et à grandes cellules. La partie centrale est ramollie et ses parois en certains points sont atteintes de dégénérescence calcaire.	.....	.....	Thiébault. Annales de l'Institut Sainte-Anne, 1895. Jacobs. Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique, 1897.

KYSTES DE LA TROMPE

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
1	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2	48	Stérile. Menstruation irrégulière et douloureuse depuis 3 ans.	G	Fibromes utérins, annexite. A gauche tumeur juxta-utérine arrondie, immobile, très douloureuse, prise pour un pyosalpinx.	.....	Hystérectomie vaginale totale par morcellements. Difficultés tenant aux adhérences.
3	25	.....	.....	Diagnostic de kyste de l'ovaire à développement intra-pelvien.	.....	Salpingectomie. La tumeur était pédiculisable ; elle fut rompue pendant l'extirpation ; il s'en échappa un liquide clair. Tamponnement à la Mikulicz. Guérison.

KYSTES DE LA TROMPE

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Tumeur dermoïde de la trompe intratubaire avec glandes sébacées et poils, ayant traversé le plafond de la trompe, kyste conjonctif enveloppant. — Epiderme et derme, glandes, sébacées, sudoripares, en grappes, vaisseaux capillaires, tissu adipeux ; quelques poils traversent les villosités tubaires.	.....	.....	Pozzi. Traité de Gynéc., cliniq. et opérat., 3e édit., p. 886.
Salpingite. La trompe gauche, très allongée, du volume du petit doigt, présente à son extrémité externe, vers le pavillon, une tumeur arrondie, rénitente, grosse comme une mandarine, à surface péritonéale très adhérente. Elle est formée d'une coque musculo-péritonéale à contenu sébacé et calcaire. Ovaire normal, sauf quelques petits kystes séreux. Kyste dermoïde de structure simple.	.....	Jacobs.	Jacobs. Société belge de gynécol., 1899-1900.
Volume d'une très grosse orange. Petit kyste dans l'ovaire correspondant, l'autre était microkystique. Les connexions de la tumeur permettent d'éliminer les kystes dermoïdes de l'ovaire et ceux du ligament large et d'affirmer l'origine tubaire.	.....	Notto.	Notto. Archivio Italiano di ginecologio, août 1900 p. 291.

FIBROMES

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
I	.....	.....	G	Utérus myomateux et tumeur de la trompe gauche.	.....	Hystérectomie vaginale totale. La libération de la trompe fut très difficile, à cause de la tuméfaction, qui existait vers la partie moyenne.

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
brome développé dans la paroi de la trompe gauche, s'insinuant entre les feuillets du ligament large ; du volume d'un œuf de pigeon. Tissu dur, blanchâtre à fibres entrecroisées en tous sens. Au microscope nombreuses fibres conjonctives et relativement peu d'éléments cellulaires. La tumeur s'est développée aux dépens de la trompe et non dans le tissu conjonctif unissant les deux feuillets du ligament large.	Adénomyome utérin.	Rudolph.	Rudolph. Beitrag zu der Fibroma der Tube, (Archiv. f. Gyn. LXVI Bd, I Hft., p. 83, 1898).

FIBROMYOMES

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résult
1	.. ...	.....	.....	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4	28	.....	.....	Kyste de l'ovaire.	.....	Ovariotomie. l'autre côté tun attachée à la tron Ligature de son

FIBROMYOMES

Caractères de la tumeur.	État des autres organes	Opérateur.	Index bibliographique.
Autopsie : tumeur dure, ronde sur la face externe de la trompe. A la coupe substance dure blanchâtre; même aspect que les tumeurs développées à la face externe de l'utérus. Hooper dit que l'on observe plus souvent ces tumeurs dans la cavité de la trompe.	....	.....	Baillie et Hooper. Morbid anatomy of some of the most important parts of the human body, 1818.
Autopsie : grosse tumeur fibro-cartilagineuse de la trompe gauche; remplissant le pelvis et empiétant dans le grand bassin; ressemblant à un ovaire augmenté de volume. L'ovaire gauche paraissait englobé dans la partie supéro-latérale de la tumeur à laquelle il adhérait fortement. Utérus et ovaires sains. A la coupe, dureté cartilagineuse, à la surface anneaux concentriques de consistance égale mais variant d'épaisseur; les plus épais étaient à la périphérie, et devenaient graduellement plus minces en allant vers le centre.	....	.....	John Young Myrle. Monthly Journal of medical science, London and Edinburg ; Edinburg obstetrics Society, January, 1849.
Autopsie : tumeur de la trompe ayant le volume d'une tête d'enfant; de même forme et de même consistance solide que celles qu'on rencontre dans l'utérus, avec la situation latérale et la mobilité des tumeurs de l'ovaire.	.....	.....	Simpson. Diseases of women, 1872.
Tumeur du volume d'un œuf attachée à la trompe. A la coupe bords épais et paraissant composés de tissu mus-	.....	Thomas.	Thomas. Fibro-cyst. of the Fallopian tube. — N. York M. J. 1881, XXXIV, p. 67.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
						dicule. Excision d la tumeur.
5	54	.....	.....	Métrorragies profuses, douleurs lombaires et crises convulsives. Dans le cul-de-sac droit tumeur du volume d'un œuf, mobile, adhérente dans le Douglas, se laissant soulever, mais la main abdominale la saisit difficilement. Au toucher rectal, elle est contre l'utérus; sa consistance est dure ; bien limitée, elle est légèrement douloureuse.	.....	.....
6	23	.....	D	Pas de symptômes utérins. Au-dessus du pubis, tumeur dure, bosselée, allongée transversalement, occupant le pelvis en avant, à droite de l'utérus sans connexion avec lui.	.....	Salpingo-ovariecto mie abdominale. L tumeur enclavée dar le pelvis se laisse ext rioriser. On consta qu'elle ne dépend pa de l'ovaire, ma qu'elle s'insère sur bord du ligament la ge gauche, au nivea du ligament tub ovarien, auquel el est attachée par u pédicule étroit. Exc sion de l'ovaire co respondant micro kystique.
7	39	.....	.....	Vives douleurs avec vomissements.	.....	Polypectomie abd minale. Nombreus adhérences.
8	29	2 grossesses.	.....	Tumeur pelvienne deux mois	.....	Énucléation et ov

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
culaire semblable à celui qui existe dans la trompe. Au centre un liquide d'aspect purulent. L'aspect était celui d'un fibro-kyste.			
La tumeur s'insère par un pédicule gros comme deux index, long de 3 cent., sur la trompe droite au niveau de son insertion à l'utérus.	Rien à l'utérus.	Schwartz.	Schwartz. Bulletins et mémoires de la Société Obstétricale de Paris, 1890.
Tumeur de 14 cent. de long sur 8 cent. de large et 9 cent. d'épaisseur. Surface très irrégulière avec nombreuses petites saillies arrondies dont plusieurs constituées par de petits kystes, dont le plus volumineux égale une noisette. Les autres bosselures fermes et résistantes sont d'un blanc légèrement rosé. A la coupe, la tumeur rappelle l'aspect des lobes du cervelet. Kysto-fibrome végétant, contenant peu de kystes, et beaucoup de tissu fibreux (Letulle).	....	Le Dentu.	Le Dentu. Bulletin de l'Académie de Médecine, 1900.
La tumeur s'insère sur la trompe, à 1 cent. de l'utérus, le pavillon s'étale sur elle. Elle est formée par la paroi tubaire épaisse de 4 cent. Fibromyome sans aucune lésion inflammatoire.	.....	Spaeth.	Spaeth. Zeitschr. f. Geburt. und. Gyn., 1892.
Deux parties dans la tumeur;	.....	B. Sutton.	B. Sutton. The medical

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
		2 forceps. 2 fœtus morts.		après le dernier accouchement.		riectomie abdominale. Pendant l'énucléation rupture d'un kyste. Adhérences à la capsule. Après l'énucléation on aperçoit l'uretère au fond de la loge ligamentaire. Une partie du kyste fut fixée à la paroi. Guérison.
9	.....	.....	.....	.....	.....	Salpingectomie bilatérale.
10	28	.....	.....	Pesanteur hypogastrique au moment des règles. Plusieurs crises douloureuses. Tumeur hypogastrique, lisse, globuleuse, régulière, sans bosselure, médiane. Utérus normal.	.....	Polypectomie abdominale, après désenclavement et rupture des adhérences. Pédicule tordu deux fois et demie, de gauche à droite. Ligature, section au thermocautère. Excision. Annexes droites et utérus sains. Guérison.

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
une large qui est un kyste de l'ovaire multiloculaire, gros comme une noix de coco, une grande loge à contenu hématique sur le sommet de la tumeur, une portion de la trompe longue de 7 cent., large de 1 cent., grosse comme le petit doigt se terminant par une tumeur grosse comme une mandarine ayant l'aspect d'un myome utérin. A ce niveau la lumière est obstruée. Consistance fibreuse, aspect aréolaire. Fibromyome.			Press and Circular, 1892.
La trompe droite présente à sa partie moyenne, un petit fibrome, gros comme une aveline, un peu excentrique par rapport à la lumière, cependant contenant cette lumière dans son épaisseur. La cavité salpingienne est réduite, ses franges sont remplacées par des bourgeons charnus, épais et arrondis. Du côté de l'utérus, le fibrome va en s'effilant, tandis qu'en dehors il est nettement limité. Caract. micr. du fibromyome.		?	Pilliet. Bulletin de la Société Anatomique, 1894, p. 554.
La trompe violacée avait le volume du médius et faisait partie du pédicule tordu. La tumeur a le volume d'une tête de fœtus, diamètre 13 cent., circonférence 33 cent., poids 475 grammes Siège d'implantation sur le tiers interne de la trompe et sur le ligament utéro-ovarien gauche. La paroi musculaire de la trompe est considérablement hypertrophiée, épaisse de 6 à 8 millim.		Barette.	Poret. Des fibromes de la trompe. (Thèse de Paris, 1898.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
11	58	Ménopause.	.....	Douleurs après la ménopause. Dysurie ; défécation difficile. Tumeur dans le cul-de-sac antérieur, arrondie, douloureuse, remontant à un travers de doigt au-dessus du pubis, surmontant le col utérin et le refoulant dans le Douglas. Ballottement.	.....	Hystérectomie vag nale. Mais l'utéru enlevé, il devient im possible d'extraire l tumeur parce qu'ell est trop dure. Séanc tenante laparotomie Extraction facil après ligature. Guér son.
12	41	1 enfant. (rétention placentaire.)	G	Depuis 1896, troubles intestinaux, diarrhée et dépérissement. Tumeur pelvienne du volume d'une orange, mobile, sensible, à gauche de l'utérus.	.....	Hystérectomie abdo minale subtotale ablation des annexe
13	32	Multipare règles régulières.	G	Vives douleurs dans la région cœcale à la suite d'un effort, puis quelques pertes sanguines noirâtres. A gauche et dans le Douglas tumeur de consistance ferme.	.....	Salpingectomie. Ap pendicectomie. O trouve dans l'abdo men du sang et de caillots.

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
L'ovaire œdémateux ne lui adhère pas. Le tissu de la tumeur crie sous le scalpel, il est de consistance fibreuse d'aspect un peu aréolaire au centre. Tissu musculaire lisse, séparé par faisceaux conjonctifs avec de nombreux vaisseaux. Noyaux en bâtonnets, caractéristiques dans les fibres musculaires lisses.			
Tumeur de 12 cent., dans son grand diamètre, de 8 cent., dans son petit; bosselée, ovale, adhérent très intimement au tiers moyen de la trompe, entourant les trois quarts de sa circonférence. La lumière est effacée à peu près complètement. Pas d'épaississement notable de la paroi; franges normales. A la coupe, la tumeur présente l'aspect d'un fibrome calcifié dans presque toute son étendue. Quelques lobes seulement ont encore conservé leur aspect fibroïde sans calcification.	Atrophie de l'ovaire du même côté que la tumeur.	Barette.	Poret. Des fibromes de la trompe, thèse de Paris, 1898.
La tumeur du volume d'une orange siège dans le tiers moyen de la trompe gauche; elle est développée aux dépens de la musculeuse, adhère à la vessie et à l'intestin, malgré sa mobilité clinique.	Lésions de salpingite bilatérale.	Jacobs.	Jacobs. Annales de l'Institut Sainte Anne, t. II, N° 1, 1898.
La trompe renflée, en son milieu, était grosse comme un citron. L'orifice tubo-ovarien était en partie obstrué par une tumeur pédiculée, ferme, gris rosé à la coupe et dont le point de départ		Wettergreen.	Wettergreen. Nord. med. Arkiv., partie chirurgicale, XXXIV, 1, analysé dans la semaine médicale, 1901, n° 29 p. 232.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
14	34	1 enfant (20 ans.) Règles régulières.	.....	Mictions fréquentes et douleurs abdominales depuis 4 mois. Tumeur du volume d'une tête d'enfant, bosselée, en connexion avec l'utérus.	4 mois	Hystérectomie abdominale subtotale avec ablation des annexes. Guérison constatée cinq mois après.
15	30	1 accouchement prématuré au septième mois d'un fœtus mort. Symptômes de péritonite pendant 2 mois. Règles régulières douloureuses. Après l'accouchement dysménorrhée et aménorrhée.	G	Pertes blanches, peu accusées. Douleurs abdominales et lombaires plus particulièrement en haut des deux cuisses, marche extrêmement pénible et douloureuse. Amaigrissement. Syncopes. Col utérin légèrement douloureux, un peu gros. Utérus pas d'augmentation notable de volume. Cul-de-sac droit avec petite tuméfaction douloureuse.	.....	Laparotomie. Ablation de l'ovaire droit atteint de dégénérescence kystique. Ablation à gauche d'une tumeur constituée par la trompe. Drainage à la gaze iodoformée. Guérison.

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
est la couche sous-muqueuse ou la musculeuse. Elle avait 4 cent. 1/2 de long et 3 cent. de large. Constituée par des fibres musculaires et conjonctives avec à sa base une infiltration abondante de cellules déciduales.			
existe sur la trompe droite à l'union de son tiers interne avec ses deux tiers externes, une tumeur, grosse comme une merise, dure et fibreuse. A la coupe elle est analogue par sa coloration blanchâtre aux fibromes utérins. Elle est incluse dans l'épaisseur de la paroi tubaire. Fibromyome tubaire lymphangiectasique (Landel).	Fibrome utérin.	Quénu.	Quénu et Longuet. Revue de chirurgie, vol. XXIV, 1901, p. 768.
rompe gauche avec tumeur du volume d'un gros marron, assez régulière, pesant 235 grammes. Lumière de la trompe non oblitérée. A la coupe surface blanche sèche et présentant des stries assez régulièrement concentriques d'un blanc encore plus mat. Structure classique du fibromyome.		Carrière	Carrière et Legrand (de Lille). Sur un cas de fibromyome de la trompe (Revue de Gynécologie, 1902, p. 437.)

SARCOMES

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat
1	37	3 enfants.	D	Douleurs hypogastriques depuis trois mois, surtout à droite. Tumeur à droite de l'utérus, du volume d'une noix et derrière elle une masse du volume d'une pomme. Petits noyaux durs dans le Douglas. Utérus normal.	?	Salpingectomie. M 4 jours après.
2	.....	.....	.....	.....	.....	Salpingectomie.
3	.....	.....	.....	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....	.....	.....	.....
6	41	Primipare (12 ans)	.....	Métrorragies profuses après l'accouchement, et rétention placentaire prolongée qui nécessite l'extraction forcée. Pendant quelques mois ptose utérine et douleurs intestinales. En 1896, diarrhée profuse avec dépérissement rapide, douleurs pelviennes gau-	1 an.	Hystérectomie ab minale subtotale. trouva une tun du volume d grosse orange, d loppée sur le moyen de la tro gauche.

SARCOMES

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
a grosse masse était un kyste hématique entre la petite tumeur et l'ovaire. La tumeur, de nature sarcomateuse, siégeait dans la portion abdominale de la trompe droite, dont la lumière était perméable.	Pas d'ascite. Métastases sur le péritoine.	Landau.	Gottschalk. Centralblatt. für Gynaekologie, 1886. p. 727.
a trompe présentait un diamètre de 4 cent., la lumière était conservée et tapissée par un épithélium normal. Mais il y avait cependant une tumeur. Myxosarcome originaire de la musculeuse.	.....	Jeanvrin.	Jeanvrin. New-York medical Journal, 1889, p. 609.
Autopsie : la tumeur avait été adressée comme un cas de grossesse extra-utérine. La malade avait succombé d'une hémorragie péritonéale. Myélome et sarcome à cellules rondes. Vaisseaux de dimensions insolites. Infiltration de la paroi tubaire.	.....	.....	Dixon Jones. American Journal of obstetrics, N. Y., 1893, XXVIII, 324.
Myélome et sarcome à cellules fusiformes.	.....	.....	Dixon Jones. American Journal of obstetrics, N. Y., 1893, XXVIII, 324.
Myélosarcome mélanique.	.....	.....	Dixon Jones. American Journal of obstetrics, N. Y., 1893, XXVIII, 324.
Adhérences de la tumeur à la vessie, à l'intestin. Caractères macroscopiques d'un sarcome. Tiers interne de la trompe présente des lésions de salpingite interstitielle. Pavillon replié. Ostium fermé. Cette dernière partie forme une tumeur	Annexes droites malades, kystiques.	Jacobs.	Jacobs. Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, 24 avril 1897, N° 3, p. 56.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat
				ches, état général mauvais, facies terreux. Utérus en antéversion. Dans un voisinage immédiat et à gauche tumeur du volume d'une orange, mobile, très sensible.		Mort en 1898, sarcome du foie probablement généralisation g tro-intestinale.
7	59	4 enfants le dernier il y a 30 ans. Règles très abondantes Ménopause (2 ans)	G	Il y a sept mois, apparition de pertes abondantes qui sont survenues à nouveau, il y a huit jours. A chaque effort pertes glaireuses et rosées. Utérus agrandi, dépassant la symphyse pubienne, dur, bosselé. Col épaissi. Tumeur mobile de la grosseur d'une orange à gauche. Légère matité dans les flancs. Opération refusée. Trois fortes hémorragies nécessitant le tamponnement. Etat général très altéré. Ascite avec œdème des jambes. Débâcles de liquide filant poisseux, semblable à de la gelée de groseille. Utérus volumineux, bosselé, de la grosseur du poing. A gauche une tumeur du volume d'une tête d'enfant.	7 mois	Laparotomie. Ab men rempli d liquide poisseu filant, de coul roussâtre ; à gau une tumeur un adhérente à la pa externe du bass utérus bosselé, env par la néoplasie. cause du mauv état de la malade enlève seulement tumeur principale

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
fluctuante, mamelonnée, du volume d'une noix. Sarcome de la musculeuse.			
Tumeur du volume et de la forme d'un rein, bosselée, formée là, par de petites vésicules rappelant et par leur forme et par leur tension et par leur contenu des groseilles; ailleurs par de petits kystes du volume d'une noix, d'un œuf, paraissant formés par la confluence des vésicules. Le contenu de ces vésicules est roussâtre, poisseux, filant. Ailleurs on aperçoit des points franchement dégénérés et encéphaloïdes. La tumeur s'est développée aux dépens du tiers externe de la trompe. Ostium abdominal oblitéré. Radioscopiquement il s'agit d'une tumeur myxoïde.	Péritoine et anses intestinales saines. Annexes droites normales.	Pollosson.	Violet, « Tumeur maligne de la trompe ». Lyon-Médical (Mai 1904, p. 1028.)

TUMEURS MIXTES

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
1	51	.....	D et G	Morte dans le coma ; — diabétique.	.....	.....
2	42	.....	D et G	Augmentation de volume du ventre depuis 6 mois.	6 mois	Salpingectomie. trompe gauche pr sente l'aspect d'u portion d'intesti C'est une masse re flée, consistan Trompe droite adh rente à l'ovaire. M 6 mois après de gé ralisation dans l'u rus et les ganglio inguinaux.
3	51	3 grossesses.	.....	Pesanteur hypogastrique depuis 3 mois, puis cachexie. Mort dans l'espace de 3 ans.	.....	.....
4	51	1 enfant à 29 ans. Règles régulières. 1 avant l'opération.	D et G	Augmentation de volume du ventre depuis 3 mois, et, douleurs pelviennes récentes à la suite de fatigue. Tumeur de la grosseur de la	3 mois	Laparotomie. Ab tion des deux nexes. Solides adh rences à l'intestin au péritoine pariét

TUMEURS MIXTES

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
umeur du volume d'un œuf le pigeon formait la partie xterne de la trompe gauche. A l'intérieur, tumeur jaunâtre, ramollie, polypiforme et liquide chocolat. Ovaire trophié. Parovaire introurable. Trompe droite normale dans son tiers interne, puis tumeur. Ovaire et parovaire normaux. Sarcome à petites cellules. A noter au centre du tissu sarcomateux, des utricules glandulaires à épithélium cylindrique.	.....	.....	Sænger. Sarcoma tubare papillare. Verhandl. der Gesellschaft für Geb. Zu Leipzig, 1890-1891, p. 30.
apilles dans les deux trompes. Senger diagnostique : sarcome à petites cellules rondes de la muqueuse tubaire. Des éléments épithéliaux prennent part à la constitution du néoplasme.	.....	Senger.	Senger Uber ein primæres sarkom der Tuben, Centr. f. Gyn., 1886, p. 201.
utopsie : tumeur bilatérale des trompes propagée aux ovaires. Sarcome infiltré à cellules de dimensions variables. Quelques traînées de cellules épithéliales infiltrées.	Métastases sur le péritoine. Thrombose des plexus veineux génitaux. Embolie dans les deux artères pulmonaires.	.....	Von Kahlden. Beitrage zur path. Anathomie und zur allgem. Pathologie Bd 19, 2me partie 1897.
olype sarcomateux trouvé dans la cavité utérine. A a trompe droite grosse umeur kystique contenant un liquide sanieux, brun et	Métastase de même nature au niveau de l'utérus.	V. Franqué	V. Franqué. Carcino-sarko - endothélioma tuba (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn, 1902, Bd 47, H. 2). Doran the Journal of

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat
				tête d'un enfant du côté droit de l'abdomen. A gauche une autre tumeur atteignant l'ombilic.		L'utérus et l'ova droit (atrophié) sont pas enlevés. M le neuvième jour syncope cardiaqu
5	43	2 grossesses. La dernière il y a 23 ans. Règles régulières.	G	Augmentation de volume de l'abdomen depuis 2 ans 1/2. Pas de douleurs. Irritation vésicale, émaciation. Masse tubéreuse dans la région hypogastrique. Tumeur pédonculée à droite. Tumeur ferme à gauche.	2m. 1/2	Laparotomie. Al tion des deux anne Utérus gros n'est enlevé. Vivan 18 mois après l'o ration avec de l'asc des masses dans l' domen et un ulc cancéreux sur la lè postérieure du col l'utérus.

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
des papillomes. La trompe gauche présente des masses encéphaloïdes, qui oblitèrent sa lumière. Le tissu de la tumeur des deux trompes était en partie sarcomateux, en partie carcinomateux.			Obst. and Gyn. Octobre 1904, p. 293. Peham. Zeitsch. f. Heilkunde, vol. XXIV. 1904, p. 347.
Tumeur droite formait un hydrosalpinx sans excroissance à l'intérieur. La trompe gauche formait un kyste qui contenait un liquide puriforme, inodore. Des masses en forme de chou-fleur naissaient de la face interne de la paroi. Elles étaient formées d'éléments mixtes sarcomateux et carcinomateux.	Métastases sur le péritoine vésical et dans le Douglas.	Schaefer.	Peham. Zeitschr. f. Heilkunde vol. XXIV, 1904. p. 347. Doran. The Journ. of. Obst. and Gyn. Octobre 1904, p. 293.

DÉCIDUOME MALIN

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résulta
1	17	Règles régulières.	.....	Depuis six mois, métrorragies intermittentes et prolongées, ayant duré jusqu'à trois semaines sans caillots. En juin, douleurs expulsives, suivies de l'évacuation de caillots. Dans le vagin, sur la paroi antérieure, une saillie du volume d'une noix, à bords assez fermes, avec une ouverture centrale dans laquelle s'engage le doigt, et conduisant dans une cavité peu profonde, remplie d'une masse polypeuse. L'ensemble de la tumeur a, à peu près, le volume d'un œuf et siège dans le vagin, derrière la symphyse.	6 mois	Curettage et caut sation au therm tamponnement. cidive sous fo d'une tumeur à g che de l'orifice t tral. Abrasion, ca risation, curettage la cavité inter Accidents infectie puis tumeur ré utérine, volumin se, cylindriq adhérente à l'uté et au pelvis. Phé mènes péritonéa Opération destine évacuer le pus c tenu dans l'ab men. Mort au co de cette interv tion.

DÉCIDUOME MALIN

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
archand) Tumeur arrondie à auche et en arrière de l'uté- us. C'est la trompe gauche ransformée en une masse du olume du poing, adhérente à épiploon, l'utérus, la vessie. ?ar une déchirure, coule dans e péritoine un liquide trouble runâtre. La trompe peut être uivie sur plusieurs centimètres partir de l'utérus, et elle for- ne alors la tumeur en se dila- ant et s'incurvant. Ses parois paissies et calleuses circonscri- ent une cavité irrégulière rem- lie d'une masse friable, granu- euse, villeuse, comme un pla- enta. Péritonite suppurée. Pas e métastases apparentes. On onclut à une grossesse tubaire auche interrompue avec déve- oppement d'une tumeur à l'in- érieur de la trompe et une mé- astase dans le vagin. Nombreu- es travées ramifiées, constituées ar des masses protoplasmiques omogènes, à noyaux volumi- eux, ovalaires, avec vacuoles t cavités remplies de sang, ana- ogues à des capillaires. Ces mas- es pouvaient être considérées omme provenant du syncytium t dérivant des tubes épithéliaux ansformés, ou de l'épithélium norial externe qui en provient. a charpente syncytiale est en- remêlée intérieurement avec es cellules polymorphes, épi- héliales, fortement tassées, sans nterposition de substance inter- médiaire Ces cellules étaient on déciduales, mais épithéliales rovenant de l'ectoderme fœtal. es éléments se distinguent des mas de cellules déciduales par bsence complète des vaisseaux ui ne manquent jamais dans es formations conjonctives.	.....	?	Ahlfeld et Marchand. Monatschrift für Geburt. und Gynaekol., 1895, 1, Bd. 209.

PAPILLOMES

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
1	50 M	.....	D	Inflammation pelvienne aiguë. Epanchement pleural et péritonéal. Tumeur à droite.	2 ans	Salpingo - ovariectomie unilatérale. Guérison constatée sept ans après, en 189
2	45	Aménorrhée depuis un an.	D	Douleur pelvienne. Tumeur tendue. Dysurie, difficulté de la défécation. Pas d'ascite ni de leucorrhée.	1 an	Salpingo - ovariectomie unilatérale. Mort le quatrième jour après anurie et fièvre (septicémie ?)
3	31 M	.....	D et G	Inflammation pelvienne et tumeur, toutes deux fluctuantes. Pas d'ascite ni d'écoulement vaginal.	7 ans	Salpingo - ovariectomie bilatérale.
4	28 C	.....	D	Leucorrhée, probablement blennorrhagique à 21 ans. 4 ans après, douleurs hypogastriques, 15 mois écoulement séreux abondant par le vagin. Pas d'ascite.	7 ans	Salpingo - ovariectomie bilatérale. Guérison. En vie après 4 ans.
5	37 M	7 grossesses. 2 avortements Règles régul.	D	Tumeur intermittente dans le flanc droit, disparaissant tous les trois mois et mettant trois semaines pour se reformer. Pas de leucorrhée, de troubles utérins, ni urinaires.	18 m.	Salpingo - ovariectomie unilatérale. Guérison.
6	41	2 enfants 1 avortement.	G	Douleurs pelviennes depuis quelques années. Tumeur bilatérale, immobile, indolente, élastique, adhérente à l'utérus à gauche. Diagnostic : Kyste de l'ovaire double.	Quelques années	Salpingo - ovariectomie bilatérale. Guérison.

PAPILLOMES

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Trompe dilatée, remplie de végétations papillomateuses, rien à l'extérieur ni ailleurs. Ostium perméable permettant l'écoulement dans le péritoine. Ostium utérinum ouvert. Epithélium cylindrique à la surface des végétations.	. . . . .	Spencer-Wells.	Doran. Trans. path. Soc. Vol. XXXI, 1880, p. 174.
Trompe dilatée, remplie de produits papillaires. Ostium abdominal fermé. Ostium utérin incertain.	Cavité kystique biloculaire, de nature indéterminée, au-dessous de la trompe.	Bantock.	Doran. Trans. path. Soc. Vol. XXXI, 1880, p. 230.
Trompe dilatée, remplie de produits papillomateux, fermée.	Kyste de l'ovaire contenant des produits papillaires. Pas de communication entre la trompe et l'ovaire d'aucun côté. Pas de végétations en dehors des kystes.	Bantock	Doran. Trans. path. Soc. Vol. XXXIX, 1888, p. 200.
Végétations papillomateuses dans la trompe droite. Ostium fermé. Ostium utérin dilaté. Affection inflammatoire chronique des annexes du côté opposé.	. . . . .	Doleris	Doleris. Bull. et mém. Soc. obst. et gyn. Paris, 1890, p. 12.
Trompe droite volumineuse, adhérente, contenant des végétations papillaires. Ostium utérin oblitéré. Vomique péritonéale.	. . . . .	Doleris	Doleris et Macrez. La Gynécologie, 1898, p. 289.
Trompe gauche appliquée contre le kyste de l'ovaire. Ostium abdominal ouvert laissait échapper une tumeur papillomateuse, sus-	Kyste multiloculaire des deux ovaires. A la surface du kyste quelques petites végétations par inoculation.	Schirchoff.	Schirchoff D.-J. Boln. Gaz. Both. 1898, p. 1989 — Schirchoff Presse médicale 24 mai 1899.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
7	43 M à 23 a.	2 enfants à 25 et 26 ans. Règles régulières	G	A 38 ans : Leucorrhée jaunâtre abondante, miction douloureuse, vomissement, fièvre. Douleurs légères lombo-sacrées et abdominales. Ménorrhagies. Leucorrhée. Une métrorragie il y a dix mois. Ascite. Amaigrissement. Utérus en rétro-version. Tumeur dans le cul-de-sac gauche. Diagnostic : Double pyosalpinx.	5 ans	Laparotomie. Tron pe gauche du volu me d'une gros poire. Ovaire dro bosselé, du volun d'un œuf de pou avec des végétatio à sa surface. Abl tion de l'utérus des annexes. Gué son. Bon état santé en 1904.
8	45 M à 23 a.	3 enfants dont le dernier accouchement avec accidents infectieux. Règles régulières	D.et G.	Douleurs abdomino-lombaires, pertes blanches, règles prolongées. Depuis son dernier accouchement pertes blanches à flots par moments précédées de vives coliques. Grossissement du ventre depuis 7 ou 8 mois, et accroissement des douleurs. Utérus en rétroversion, adhérent. Trompe gauche du volume du poing peu douloureuse. Trompe droite tendue avec la forme d'une grosse aubergine, adhérente. Diagnostic: Double pyo-salpinx.	Tumeur depuis 8 à 10 mois.	Laparotomie. Abl tion des deux a nexes. Hystérect mie à cause d végétations exista dans la corne ut rine ; guérison ; bo état de santé 1904, c'est-à-di 9 ans et 3 mo après l'interventi chirurgicale.

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
pendue à un long pédicule implanté dans la trompe. Papille recouverte d'épithélium cylindrique avec tissu conjonctif abondant et épithélium cylindrique.			
Trompe gauche, grosse poire, lisse, ferme ; contenant un liquide visqueux, roussâtre. Elle est remplie de végétations. Ostium abdominal fermé. Trompe droite, dure, perméable, du volume du doigt. L'examen microscopique montre des papilles formées d'un axe de tissu conjonctif avec un épithélium cylindrique.	Ovaire gauche scléreux, avec quelques microkystes. Ovaire droit du volume d'un œuf de poule avec masse papillaire gris-rosé du volume d'une noisette qui se continue avec une grappe un peu plus volumineuse contenue dans un kyste dont les parois portent quelques fines végétations.	Tédenat.	Tédenat. Archives provinciales de Chirurgie, mars 1906.
Trompe gauche contient 150 grammes d'un liquide roux, foncé, visqueux, où nagent des grains mous, débris des végétations qui la remplissent. Trompe gauche contient un liquide brunâtre et des végétations. Ostium abdominal des deux trompes oblitéré ; les végétations sont formées d'un stroma conjonctif que tapisse un épithélium cylindrique.	Le col de l'utérus présente les lésions de la cervicite glandulaire hypertrophique.	Tédenat.	Tédenat. Archives provinciales de Chirurgie, mars 1906.

ADÉNOMES

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
1	.....	.....	D	Ascite.	.....	Salpingo-ovariecto mie unilatérale. Mor post opératoire.
2	34 M	.....	D et G	Coliques salpingiennes à chaque menstruation. Douleur au toucher dans les deux culs-de-sac latéraux du vagin. Tumeur des deux côtés. Pas d'écoulement par le vagin ni dans le péritoine.	15 ans.	Salpingo ovariectomi bilatérale. Guérison
3	39	Menstruation abondante.	D	Vives douleurs pelviennes Métrorragies. Vaste tumeur douloureuse de chaque côté de l'utérus. Pas d'ascite ni d'écoulement vaginal.	?	Salpingo ovariectomi bilatérale. Guérison Bon état de sant 4 ans après.
4	....	.....	.....	Après une hystérectomie vaginale pour fibrome, on constata dans le fond de la cicatrice vaginale une tumeur bourgeonnante rouge, du volume d'une noisette, molle, mal pédiculisée, insensible, provoquant une leucorrhée non fétide.	.....	Excision aux ciseau et grattage.
5	.....	.....	.....	Tumeur adénoïde consécutive à une hystérectomie vaginale.	.....	.....

ADÉNOMES

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Productions papillaires dans le tiers externe de la trompe sortant par l'ostium abdominal. Tissu conjonctif en petite quantité, dans lequel sont inclus des acini glandulaires formés par un épithélium cylindrique.	.....	Walter (Manchester)	B. Sutton. Surgical Diseases of the ovaries and Fallopian tube p. 226, 2e édition.
Trompe droite volumineuse, remplie de végétations à épithélium cylindrique. Au-dessous dans la couche musculaire, réseau de cavités communiquantes, plus ou moins dilatées, à épithélium cylindrique. Mêmes tubes pseudo-glandulaires jusque sous la séreuse péritonéale.	Ovaire droit sclérokystique avec kyste hémorragique développé dans un corps jaune.	Monprofit	Monprofit et Pilliet. Bull. Soc. Anat. juillet 1893, N° 19, p. 505.
Trompe droite du volume du doigt, remplie de végétations. Ostium utérin ouvert Trompe gauche malade.	.....	Bland-Sutton	Bland-Sutton. Son édition p. 285, N° 4.
Tumeur mal pédiculisée, rougeâtre, du volume d'une amande. Tubes adénomateux à épithélium cylindrique régulier, muni de cils par endroits. Stroma très embryonnaire.	....	.....	Pasteau. Annal. de Gyn. et d'Obst. 1894.
.....	.....	Schonheimer.	Schonheimer. Centralbl. f. Gyn. 1893, p. 858.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
6	.....	.....	.....	Tumeur adénoïde consécutive à une hystérectomie vaginale.	.....	.....
7	.....	.....	.....	Tumeur adénoïde consécutive à une hystérectomie vaginale.	.....	.....
8	52	.....	.....	Après hystérectomie vaginale engagement des annexes droites dans le vagin. Un écoulement purulent et fétide. Amélioration ; écoulement et hémorragie.	.....	Ablation des annexes droites qui faisaient hernie dans le vagin.

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
.....	.....	Schonheimer.	Schonheimer Centralbl.f. Gyn. 1893, p. 858.
.....	.....	Schonheimer.	Schonheimer Centralbl.f. Gyn. 1893, p. 858.
Prolifération des cellules épithéliales, qui avaient perdu leurs cils. Epithélium formé de plusieurs couches de cellules polymorphes. Formations adénomateuses dans le stroma avec infiltration leucocytaire abondante.	.....	Neu (Heidelberg.)	Neu. Zeitsch. f. Geb. und Gyn. 1908, tom. XLII, fasc. 3, p. 489 à 506.

ÉPITHÉLIOMES (EN PARTIE D'APRÈS DORAN)

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
1	46 ans. Mariée 3 ans	Avortement 1 an 1/2 avant l'opérat.	D	Tumeur à droite de l'utérus après convalescence de fièvre typhoïde; leucorrhée modérée; pelvi-péritonite enkystée à gauche.	1 a. 1/2 environ.	Ablation de la trompe Mort le sixième jour
2	48 ans. M	1 enfant (22 ans) Ménopause depuis 6 mois	D	Ecoulement aqueux et sanieux ; périmétrite après curettage ; tumeur à droite de l'utérus.	3 ans	Ablation de la tromp elle survécut 10 mo et 3 semaines.
3	50 M	Stérile. Ménopause depuis 6 mois	D et G	Pertes aqueuses et sanieuses; saillie en forme de massue dans le cul-de-sac droit, et douleurs 8 semaines avant l'opération; tumeur élastique dans le cul-de-sac gauche ; petit myome utérin sous-péritonéal.	4 ans	Ablation de la trompe récidive dans le 18 mois (von Her décembre 1894).
4	36 M	Stérile. Menstruation ?	G	Douleurs hypogastriques; fièvre, gonflement dans le côté gauche du pelvis.	Pendant longt.	Ablation de la trompe Pas de récidive. Bo état de santé 7 an après. (Veit jan vier 1895).
5	46 M	Stérile. Règles régul.	D	Utérus refoulé à droite par un hydrosalpinx gauche; une tumeur du côté droit du pelvis ; douleur hypogastrique.	Douleur hypogastrique pendant 2 ans.	Ablation de la trompe guérison ; récidiv dans les 10 mois (La patiente doit êt morte bientôt après
6	46 M	1 enfant. Menstruation régulière.	Det G	Leucorrhée aqueuse abondante; douleur abdominale,	Environ 9 mois	Ablation de l'utérus des annexes. « El

ÉPITHÉLIOMES (EN PARTIE D'APRÈS DORAN)

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Excroissances cancéreuses et papillomateuses dans l'extrémité abdominale de la trompe, l'ostium communiquait avec une cavité purulente.	Nodules cancéreux dans le cul-de-sac vésico-utérin, gros abcès de l'ovaire droit ; suppuration de la trompe et de l'ovaire gauche, hypertrophie des ganglions pelviens.	Martin (Berlin.)	Orthmann : Zeitschrif f. Geb. vol. xv, p. 212.
Grosse masse molle et cancéreuse, prenant naissance sur les parois tubaires ; ostium fermé, liquide sanieux dans le canal tubaire.	Ovaire droit, petit et cancéreux ; inflammation antérieure des annexes gauches, récidive sur le moignon de la trompe gauche ; noyaux secondaires dans l'utérus, le vagin, la vessie et les ganglions lombaires.	Thornton	Doran. « trans. path. Soc., vol. xxxix, p. 208, and vol. xi, p. 221.
Masse médullaire dans les deux trompes ; probablement papillome bénin à l'époque de l'opération.	Aucune autre partie envahie. Récidive des deux côtés principalement à gauche.	Kaltenbach.	Kaltenbach «Centralbl. f. Gyn. 1889, p. 74» id. et Eberth « Zeitschr. f. Geburtsh. ù Gynaek., vol. xvi, 1889, p. 357»; von Herff « private Correspondence, dec. 1894.
Masse cancéreuse et papillomateuse dans le pyosalpinx.	Pas de lésions sur les autres organes.	J. Veit.	Veit « Zeitschr. f. Geb. u, Gynaek, vol. xvi, 1889, p. 212», Private Correspondence. January 1895.
La trompe droite contenait un cancer médullaire (gros alvéoles, et stroma fibreux très peu abondant).	A l'opération pas de lésions cancéreuses sur les autres organes ; 500 gr. de liquide sanieux dans la trompe gauche qui ne fut pas enlevée. Dix mois plus tard des dépôts secondaires durs dans l'abdomen ; ascite.	Landau.	Landau und Rheinstein, « Archiv. f. Gynaek, vol. xxxix, 1891, p. 273 et «private communication.»
Masses villeuses, molles, dans	Utérus, ovaire et parties	Zweifel.	Zweifel « Vorlesungen

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
				émaciation, deux tumeurs à la palpation abdominale.		survécut un an demi environ. »
7	45 C	1 enfant (20 ans) réglée encore régulièrement.	D. et G.	Douleur hypogastrique ; métrorragie ; tumeur dans la fosse iliaque droite ; une tumeur plus petite à gauche et au-dessus de l'utérus.	1 an	Ablation de la trompe guérison ; récidive 2 mois après; mor au bout de 5 mois
8	45 M	1 enfant (20 ans) règles régulières et peu abondantes.	D.	Pertes sanieuses pendant 5 mois ; symptômes de salpingite. Dilatation utérine peu de temps avant l'opération ; pas de lésions utérines.	5 mois	Ablation de la trompe Guérison. Pas de récidive 7 mois plus tard.
9	56 M	Stérile : règles régulières.	D.	Pertes séreuses, sanieuses ; dysurie. Grosse tumeur donnant la sensation d'un myome sur le côté droit.	1 an et demi	Ablation de la trompe Guérison. Pas de récidive 1 an et 7 mois après l'opération.
10	55 ?	?	D.	Douleurs hypogastriques ; pertes sanguines. Tumeur fluctuante dans le côté droit du pelvis, dans la fosse iliaque droite, et dans le cul-de-sac de Douglas.	2 mois	Ablation de la trompe Guérison. Pas de récidive 1 an plus tard Perdue de vue ensuite.
11	60	Stérile Ménopause à 52 ans.	D.	Crises de douleurs dans la fosse iliaque droite ; tumeur bosselée dans l'hypogastre ; pas de leucorrhée.	4 mois	Ablation de la trompe Guérison. Récidive dans les 6 mois. Mort 1 an après l'opération.
12	43 C.	3 enfants. ménorragies toutes les trois semaines.	D. et G.	Douleur, fièvre et dysurie après fatigue, 19 jours avant l'opération. Petite tumeur hypogastrique développée. Torsion d'un pédicule ovarien soupçonnée.	?	Ablation de la trompe Mort 3 semaines plus tard, quelques heures après une nouvelle laparotomie pour obstruction intestinale.
13	59	? Ménopause. à 53 ans.	D (et G) ?	Pertes purulentes, fétides ; écoulement de pus ; tumeur à droite comme un pyosal-	2 mois	Hystérectomie vaginale. Guérison. Mort 6 mois plus tard

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
les trompes dilatées ; carcinome papillomateux.	adjacentes saines (l'utérus fut enlevé pendant l'opération).		über klin. Gynaek., 1892, p. 139 » et « private Correspondence ».
Cancer papillomateux des trompes ; dégénérescence kystique des ovaires et des trompes.	A l'opération, l'ovaire droit était envahi ; à l'autopsie généralisation à l'endomètre, aux ganglions pelviens, au foie.	Westermark	Westermark et Quensel «Nordiskt med. Arkiv.», vol, XXIV, 1892 et private Correspondence.
Masse cancéreuse et papillomateuse (aussi grosse qu'un rein) dans la partie externe de la trompe; l'extrémité utérine de la trompe était intacte sur 4 cent. environ.	Aucun organe atteint ; ovaire droit normal avec des adhérences.	Saenger	Saenger « Krankheiten der Eileiter; von Martin » 1895, p. 253.
Trompe grosse et en forme de saucisse. Dans la lumière masses cancéreuses papillomateuses exubérantes.	Pas de lésion sur les autres organes ; atrophie de l'ovaire droit ; pas de traces de cancer.	Léopold	Fearn « Arbeiten aus der Koeniglich. Frauenklinik. vol. II, p. 337 ; Léopold private Corresp.
Masse villeuse, épithéliomateuse, naissant de la muqueuse tubaire. Liquide abondant dans la lumière de la trompe dilatée, avec des caillots.	Pas trace d'extension ; utérus et annexes de l'autre côté à l'état normal.	Anger	Tuffier « Annales de Gynécologie et d'Obst. vol. XIII, 1894, p. 203 private Correspondence.
Une masse cancéreuse et spongieuse dans l'intérieur de la trompe, qui était obstruée à son extrémité abdominale et était en connexion avec une tumeur ovarienne kystique.	Envahissement de parties inopérables. Cancer sur la surface du kyste ovarien. Pas de nécropsie.	Cullingworth	Cullingworth and Shattock « Trans. Obst. Soc.» vol. XXXVI, 1894, p. 307 ; private communication and personal inspection of specimen.
Cancer papillomateux des deux trompes : kyste tubo-ovarien droit.	Ovaires et utérus non cancéreux. Pas de traces de maladies malignes dans l'abdomen à l'autopsie.	Warneck	Warneck. Nouvelles archives d'Obst. et de Gynéc. 1895, p. 81.
Cancer papillomateux de la trompe droite, enlevée avec l'utérus entier (la trompe	Ganglions inguinaux et rétropéritonéaux ; trompe gauche secondaire-	Von Rosthorn (Extirpation vaginale de l'utérus	Von Rosthorn. Prager Zeitschrift f. Heilkunde, vol. XVII, 1896, p. 177.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
				pinx ; hypertrophie des ganglions inguinaux.		quinzè jours apr l'ablation des ga glions inguinaux.
14	58 M.	1 enfant. Ménopause depuis 12 ans.	D.	Tumeur de l'abdomen depuis 18 ans ; récemment douleurs, mauvaise santé et accroissement de la tumeur.	18 ans.	Hystérectomie abd minale. Opérati incomplète ; conv lescence quand rapport fut publié.
15	46 M.	3 enfants ; règles toutes les 3 semaines.	D et G	Aménorrhée pendant 2 mois puis hémorragies utérines, tumeur hypogastrique disparaissant après des douleurs abdominales ; leucorrhée séreuse abondante ; masse remplissait les 2 culs-de-sac et le Douglas.	8 mois.	Ablation de la tromp Guérison. 8 m après l'opération u masse de la grosse du poing dans pelvis.
16	40 M.	1 avortement règles régulières avant la maladie.	D et G	Leucorrhée jaunâtre pendant 7 mois ; douleurs hypogastriques ; suppression des règles pendant 3 mois ; puis elles revinrent de nouveau ; tumeur ovale dépassant l'ombilic.	plus de 7 mois.	Ablation de la tromp Guérison ; mo 7 mois après l'op ration ; pas d'auto sie.
17	45 M. il y a 20 ans.	Stérile ; règles irrégulières dysménorrhée	G.	Dysurie ; douleurs pendant la défécation ; tumeur hypogastrique ; grosse tumeur pelvienne très molle ; utérus en anteversion et adhérent.	1 mois.	Ablation de la tromp guérison ; (anne gauche extraite) bonne santé quelqu mois après.
18	45 M.	1 enfant il y a 23 ans ; grossesse normale.	D et G	Dysurie ; douleurs ; masse fluctuante de chaque côté de l'utérus fibroïde ; pas de leucorrhée ; haute température.	14jours	Ablation de l'utérus des annexes ; gué son ; mort 7 m plus tard de récidiv

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
gauche et l'ovaire étaient trop adhérents pour les enlever) pus dans la trompe.	ment (?) infectée après l'opération, elle contenait du pus.	et des annexes droites ; la trompe gauche ne fut pas enlevée.	
Masse cancéreuse papillomateuse dans la trompe dilatée, qui communiquait avec un gros kyste ovarien.	Pas de signes de cancer dans les annexes opposées, l'utérus et le péritoine.	Chrobak (ablation de l'utérus et des annexes ; mais un morceau du kyste ovarien ne put être enlevé et fut fixé au moignon de l'utérus dans la cicatrice abdominale.	Knauer « Centralbl. f. Gynak » 1895, p. 574.
Cancer papillomateux des trompes, qui étaient dilatées et remplies par un liquide séro-sanguinolent ; chondrification d'une partie de la paroi de la trompe gauche.	A l'opération aucun autre signe de cancer dans les organes adjacents.	Lebedeff.	Miknoff. Péan « Diagnostic et Traitement des tumeurs de l'abdomen, vol. III, 1895, p. 564.
Cancer papillomateux des trompes ; trompe droite formait un gros kyste ; trompe gauche ne put être enlevée, elle était unie aux parties voisines par des adhérences cancéreuses.	Métastases sur le péritoine viscéral et l'épiploon, un peu d'ascite.	Fischel.	Fischel « Prager med. Wochenschrift f. Heilkunde, vol. XVI, 1895. p. 143.
Papillome malin de la trompe gauche ; ovaire gauche, trompe droite et ovaire droit sains.	Adhérences à l'intestin grêle, probablement envahi.	Eckardt	Eckardt. « Archiv. f. Gynaek, vol. LIII, 1897, p. 183.
Chaque trompe formait une grosse tumeur convolutée, contenant un papillome malin.	Intestin probablement infecté par de nombreuses et solides adhérences, rompues pendant l'opération.	Watkins (Chicago)	Watkins (Amer. Gynec and Obstetr. Journal, vol. XI, 1897, p. 272. Ries. (Primary Papilloma and primary carcinoma of the Fallopian Tube Journ. Amer. Med.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
19	46 M.	3 enfants le dernier il y a 23 ans; ménorragie 3 ans.	D et G	Leucorrhée et douleurs dans la fosse iliaque gauche ; tumeurs dans chaque cul-de-sac latéral.	plus d'un an douleurs hypogastr. 3 ans.	Ablation de l'utérus des annexes. Gué son (?) 2 juin 18
20	43 M.	Nullipare.	D.	Leucorrhée à la suite d'un froid ; 4 mois plus tard douleurs abdominales ; leucorrhée aqueuse, crises semblables plus de 3 mois après, tumeur des 2 culs-de-sac latéraux ; leucorrhée aqueuse abondante.	plus de 10 mois.	Ablation de la trom guérison ; pas de cidive 14 mois p tard.
21	39	Enfant ?	D.	Alternativement aménorrhée et ménorragie ; tumeur mobile ovoïde à gauche et devant l'utérus en rétroversion ; histoire d'inflammation pelvienne antérieure.	1 an.	Ablation des deux a nexes ; tumeur de trompe droite au grosse qu'un œu tordue sur son pé cule ; la trompe ga che semblait susp te ; guérison (?)
22	53 M. (32ans)	Pas d'enfant Ménopause à 47 ans.	G.	Douleurs dans la fosse iliaque gauche. Leucorrhée sanieuse. Grosse tumeur dans le cul-de-sac gauche.	3 mois.	Hystérectomie vag nale. Les deux a nexes furent en vées. Guérison. M 7 mois après. C cum envahi par cancer.
23	45	Règles irrégulières.	D.	Leucorrhée séreuse. Ponction d'une poche fluctuante dans le cul-de-sac latéral droit ; issue d'un liquide séro-sanguinolent. Tumeur développée dans le cul-de-sac latéral gauche.	6 mois.	Hystérectomie vag nale ; opération fa peu avant la publi tion de la guéris
24	55	?	D.	Pas d'histoire clinique.	?	Annexe droite enlevée. On voit masses cancéreu

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
			Assoc., vol. XXVIII, 1897. p. 962.
Carcinome villeux cylindrico-épithélial des deux trompes ; la gauche était la plus atteinte, ovaires sains.	Une petite surface cancéreuse dans la cavité cervicale, que Hofbauer déclara être indépendante de la maladie tubaire.	Schauta	Hofbauer, Archiv. f. Gynæk, vol. IV, 1898, p. 316.
La trompe droite (de la grosseur d'une saucisse de Bologne) pleine de papillomes malins.	Pas de lésions cancéreuses sur les autres organes.	Meredith.	Hubert Roberts, voir « Trans. Obstetr. Soc. vol. XI, p. 189.
Masse en chou-fleur naissait de la muqueuse de la moitié externe de la trompe ; sans doute un adéno-carcinome. (Slaviansky).	Aucun autre organe ne paraissait lésé, des morceaux de la muqueuse utérine, enlevés avant l'opération, ne montraient pas de traces de cancer.	Ott.	Stroganoff ; Cancer primitif de la trompe de Fallope droite, Annales de Gynéc., vol. XLI, 1894, p. 332.
Trompe gauche kystique contenant une tumeur cancéreuse typique ; ovaire gauche, utérus (?) et annexe droite sains. Récidive avec tumeur paraissant sarcomateuse.	Tumeur de nature indéterminée sur l'endomètre près de la corne utérine droite.	Falk.	Falk « Ein Fall von Primaeren Tuben-carcinom. » Therapeu. Monatschrift. Juni 1897, p. 313.
Cancer primitif de la trompe droite renflée en kyste.	.....	Falk.	Falk « Deutsche Med. Wochenschr. » 31 mars 1898, supplément, p. 43.
Partie externe de la trompe dilatée, remplie d'une masse molle de papillomes malins.	L'ovaire est atteint par contact.	Péan.	Pilliet « Epithélioma de la trompe utérine. « Bulletin et mémoire de la

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
						sur l'ovaire et l trompe.
25	45	Nullipare ménopause depuis 1 an.	G.	Ecoulement séreux ; douleurs sous forme de crampes ; tumeur derrière l'utérus et à gauche.	?	Ablation par voie vag nale d'une tumeu très molle, du volu me d'un œuf d poule, adhérence généralisées. Guéri son ?
26	40 ans. M.	2 enfants.	D et G	Ponction abdominale pendant 2 fois. Liquide semblable à de la bière brune ; masses dans le cul-de-sac gauche ; utérus mobile ; réapparition rapide du liquide après les ponctions.	4 mois.	Les 2 trompes son enlevées en mêm temps que les ovaire kystiques ; épanche ment pleurétiqu pendant la convale cence ; thoracentès pendant 2 fois ; gue rison ; récidive tré nette dans les 6 mois
27	45 M.	1 enfant, règles régulières.	G.	Débilité ; faiblesse ressentie dans les jambes. Pas de douleurs pelviennes. Pas d'hémorragie. Tumeur de la grosseur du poing derrière l'utérus et dans le cul-de-sac gauche.	8 mois.	Ablation de la tromp gauche ; la droi paraissait saine ; gu rison ; mort quelqu mois après le dév loppement de tumeur ; obstructio de l'intestin dans côté droit du pelvi
28	60 M.	Pas d'enfants.	G.	Pertes aqueuses, couleur de cerises, remarquées pour la première fois après un accès de toux ; douleurs abdominales quelques mois plus tard ; tumeur à gauche et en arrière de l'utérus, qui s'est développée peu avant l'opération.	11 mois.	Ablation de la tromp gauche et de l'ovair kystique ; adhérenc denses ; trompe dro te et ovaires parai saient sains ; guér son ; mort dans l 13 mois après pon tions répétées.
29	35 M.	3 enfants règles régulières.	G.	Douleurs dans la fosse iliaque gauche ; leucorrhée ; émaciation ; tumeur du volume du poing dans le cul-de-sac gauche.	9 mois.	Ablation de la tromp et de l'ovaire ga ches ; la trompe adh rait fortement a gros intestin.

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
			Soc. Anat. de Paris 1897, p. 956.
Carcinome papillaire alvéolaire.	.....	Ott.	Jacobson « Petersburg geb. u. Gyn. Zeitsch. 1898.
Cancer papillaire des trompes envahissant les ovaires.	Epiploon, anse sigmoïde, ganglions sus-claviculaires gauches hypertrophiés, et retour à l'état normal quelques jours après l'opération.	Duret.	Danel « Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine. Lille, 1899, p. 47.
Trompe gauche dilatée, obstruée ; excroissances malignes et papillomateuses, légère quantité de liquide jaune citrin dans sa lumière.	Métastases sur le péritoine utérin et pelvien.	Delassus.	Danel « Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine. Lille, 1899, p. 107.
Trompe obstruée, sacciforme contenant un papillome malin en partie médullaire.	Pas de métastases, pas de liquide abondant.	Meredith.	Hubert Roberts « A second case of Primary carcinoma of the Fallopian Tube » Trans. Obst. Soc., vol. XLI, 1899, p. 129.
Cancer primitif alvéolaire prenant naissance apparemment dans une trompe accessoire.	Des masses dans le Douglas et le paramétrium.	?	Friedenheim « Uber ein primaeres rein alveolaeres carcinom der Tubenwand » Berlin Klinik Wochensch, vol XXXVI, 1899, p. 542.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
30	41	Règles régul. Multipare.	D	Ecoulement aqueux avant et après les règles; douleurs pelviennes avec irradiation dans le genou gauche ; tumeur dans le cul-de-sac gauche. Après l'opération la trompe droite forma une grosse tumeur.	1 an	Trompe gauche et uté-rus enlevés par voie vaginale ; la trompe droite paraissait nor-male et fut suturée à la plaie vaginale ; 11 mois plus tard une masse fongueuse faisait saillie dans le cul-de-sac posté-rieur ; au toucher on sentait dans l'inté-rieur de la trompe droite une masse pa-pillomateuse molle ; la patiente était vivante, mais très malade 1 an 1/2 après l'opération.
31	41 M	2 enfants 2 avortements	D	Douleurs aiguës. Grosse tumeur dans le côté droit du pelvis; pertes aqueuses 14 jours après les règles.	1 a. 1/2	Ablation de la trompe droite par le vagin ; guérison; récidive rapide 6 mois après, ablation de l'utérus sans les annexes gau-ches ; 8 mois plus tard grosse tumeur hypogastrique avec évacuation intermit-tente dans le rectum.
32	Plus de 35 M	Nullipare (avortement probable 15 mois avant l'opération) Dysménor-rhée.	D	Douleurs hypogastriques (co-liques saturnines auparavant) puis des douleurs dans le côté *gauche* du pelvis ; tumeur élastique du volume d'une orange dans le cul-de-sac droit et dans la poche de Douglas ; petite masse molle dans le cul-de-sac gau-che.	Plus de 18 mois	Laparotomie ; abla-tion de la trompe et ovaire droits et de la trompe gauche ; rup-ture des adhérences des annexes droi-tes à l'utérus et à l'intestin ; guéri-son ; 20 mois plus tard tumeur dans le pelvis ; inopérable.
33	55 M	1 enfant. Ménopause depuis 2 ans.	D et G	Douleurs hypogastriques ; tumeur gauche apparem-ment kystique : émaciation	4 mois.	Ablation des annexes ; adhérences intesti-nales autour de la trompe gauche ; gué-

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Papillome bénin de la trompe gauche (Paltauf) ; masse fongueuse de la trompe droite (11 mois après l'opération) consistait en un papillome malin.	Pas de cancer utérin.	Fabricius.	Fabricius « Beitrage zur Casuistik der Tubencarcinom.» Wiener Klin. Wochenschr. nº 49, 1899, p. 1230.
Trompe droite remplie de papillomes cancéreux, l'ovaire droit était normal, la trompe gauche ne paraissait pas atteinte de lésions cancéreuses à la deuxième opération, mais adhérait fortement aux tissus adjacents.	Le péritoine et l'utérus étaient envahis à la seconde opération ; adénocarcinome.	Fabricius.	Fabricius « Beitrage zur Casuistik der Tubencarcinom.» Wiener Klin. Wochenschr. nº 49, 1899, p. 1230.
Papillome malin dans la trompe dilatée et obstruée ; traces de salpingite folliculaire due à une inflammation antérieure.	L'ovaire droit était le siège de lésions chroniques interstitielles ; n'était pas hypertrophié, et était envahi dans la partie en contact avec la trompe.	Cuschier.	Mercelis « Primary carcinoma of the Fallopian Tube » New-York Med, Journ. vol. 72, 1900. p. 45.
Cancer papillomateux alvéolaire dans chacune des trompes qui étaient fortement dilatées et contenaient	.....	Witthauer.	Witthauer « Primaeres Tuben carcinom » Monatschr. f. Geb. ù. Gyn. vol. XII, 1900, p. 615.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
						rison ; 3 mois plu tard pas de signes d récidive.
34	55 M	3 enfants Ménopause depuis 4 ans.	D et G	Douleurs hypogastriques et sacrées. Hémorragies. Une tumeur abdominale distincte atteignait l'ombilic.	1 an	Ablation des 2 an nexes ; ovaire dro kystique ; la tumeu de la trompe gauch s'avançait dans la ca vité péritonéale; gué rison. (?)
35	70 M	10 enfants.	D	Douleurs hypogastriques ; pertes séreuses et sanieuses, découvertes pendant le traitement pour granulations vaginales.	?	Ablation de la tromp et de l'utérus ; guér son ; 2 ans plus tar masses irrégulières trouvées dans l'abdo men.
36	57	Multipare ménopause seulement à 55 ans.	G	Douleurs hypogastriques ; pertes purulentes et sanguinolentes ; tumeur irrégulière peu mobile à gauche dans le fond du vagin.	1 an	Ablation de la trompe adhérences à l'ép ploon du côté droit guérison ; pas d'his toire après l'opéra tion.
37	47 - M	1 enfant à terme ; beaucoup d'avortements.	G	Dysménorrhée ; prolapsus du vagin ; leucorrhée souvent striée de sang ; gonflement abdominal ; ascite.	2 ans	Ablation de l'utérus des annexes ; guér son ; récidive rapide ponctions fréquen tes ; 6 mois apr l'opération excroi sances papillaires ponctions répétées mort 14 mois apr la seconde opératio
38	63	4 enfants.	G	Pertes sanieuses, température élevée après la fièvre typhoïde ; masse irrégulière de la grosseur d'une petite orange dans le cul-de-sac gauche.	9 mois	Ablation des 2 tron pes et de l'utéru guérison ; ovai droit sain. 25 mo plus tard récidive s le moignon du lig ment large du cô opposé, et sur la fa postérieure de la ve

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
aussi beaucoup de liquide sanguinolent.			
Les deux trompes obstruées, dilatées, contenaient des papillomes malins.	Kyste de l'ovaire droit avec papillomes malins.	Hofmeier.	Arendes « Uber primaeres carcinom der Tuben» et Stolz déjà cité.
Papillome malin dans la moitié externe de la trompe dilatée ; atrophie des ovaires.	Métastase secondaire sur une surface limitée de l'endomètre.	Pawlik.	Novy « Ein Fall von primaeren Tuben carcinom » Monats. f. Geb. ù. Gyn. vol. XI, part 6, Pawlik. Trans. Obs. Soc. London, v. XLII, 1900, p. 6.
Trompe remplie de cancer papillomateux.	.....	.....	Hannecart « Journ. de la Soc. Belge de Chirurg. nº 7, 1901.
Trompe bourrée de papillomes malins ; ostium ouvert.	Péritoine envahi par des excroissances papillomateuses au moment de la 2e opération.	Newman (Chicago) 1re opération Byron-Robinson 2e opération.	Le Count. « The Genesis of carcinoma of the Fallopian Tube in Hyperplastic Salpingitis. » John Hopkins, Hosp. Bulletin. March 1901.
Masse papillomateuse cancéreuse, remplissant le tiers externe de la trompe.	La trompe adhérait à l'anse sygmoïde, qui fut déchirée et suturée après l'opération. Métastases inopérables sur le péritoine pelvien à la 2e opération.	Howard Kelly	Hurdon « Johns Hopkins Hosp. » Bull. oct. 1901.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
						sie. Patiente en bonne santé un an plus tard.
39	45	4 enfants. Ménopause à 42 ans.	D	Douleurs dans la fosse iliaque droite depuis la ménopause ; pertes aqueuses, abondantes, quelquefois sanguinolentes, jamais fétides : tumeur molle, du volume d'une tête de fœtus dans le cul-de-sac droit et celui de Douglas.	3 ans	Pas d'ascite notable. Ablation de la trompe droite, très adhérente ; rupture pendant l'extraction ; guérison ; la patiente exempte de récidive 10 mois plus tard.
40	51 M	Stérile. Périodes régulières abondantes.	G	Ménorragie, tumeur en forme de saucisse dans la poche de Douglas ; opération refusée ; 2 ans et 5 mois plus tard tumeur sphérique du volume de la tête d'un enfant, mobile à *droite* de l'utérus ; leucorrhée jaunâtre 3 mois avant l'opération.	2 a. 1/2	Ablation du kyste de l'ovaire *droit*, qui n'était pas atteint de lésions cancéreuses ; la trompe *gauche* paraissait être un gros hydrosalpinx, elle fut enlevée ; guérison ; 8 mois plus tard pas de symptômes de récidive.
41	48 M	?	D	Hémorragies ; douleurs pelviennes ; tumeur hypogastrique ; tumeur dure et irrégulière dans le cul-de-sac droit et légèrement mobile ; nodule dans la cavité utérine découvert par le cathétérisme.	7 mois	Ablation des trompes et de l'utérus, excepté les ovaires ; péritonite septique consécutive ; mort au 4e jour.
42	50	1 enfant. Ménopause depuis 2 ans.	D et G	Augmentation de volume de l'abdomen depuis la ménopause ; tumeur hypogastrique bilatérale.	2 ans	Ablation des 2 annexes. Septicémie ; mort 3 jours après l'opération.
43	56	3 enfants. Ménopause depuis 5 ans.	D	Kyste de l'ovaire.	?	Ovariotomie ; la trompe droite était très grosse ; guérison ; patiente en bon état de santé 3 ans plus tard.
44	45	5 enfants.	D	Douleurs hypogastriques écla-	8 mois	Hystérectomie et abla-

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Grosse tumeur en forme de poire ; ostium abdominal fermé, ostium utérin ouvert ; liquide sanieux dans la trompe ; masses de papillomes malins naissant de la muqueuse.	A l'opération l'utérus et les annexes gauches paraissaient intacts, et n'étaient pas enlevés.	Boursier et Venot.	Boursier et Venot « Revue de Gyn. et de Chir. abd.», vol. V, 1901, p. 221.
Masse de papillomes malins de la grosseur d'un marron d'Inde, près de l'ostium fermé de la trompe gauche, qui contenait aussi un liquide clair et limpide.	....	Graefe	Graefe « Ein Fall von primaeren Tuben carcinom » Centralbl. f. Gynaek, 1902, p. 1389.
Cancer papillomateux alvéolaire formant une masse profondément lobulée, du volume d'une grosse pomme de terre, et prenant naissance sur la muqueuse, sur les deux tiers externes de la trompe.	Nodules pédonculés et cancéreux sur l'endomètre à 1 cent. au-dessous de l'orifice de la trompe droite ; pas d'autres lésions sur la muqueuse et sur la trompe gauche.	Folinea Francesco	Fabrozzi « Diun Cancro primario del Ovidutto » Arch. Ital. di Gynec, avril 1902, p. 124.
Carcinome primitif, papillaire pseudo-alvéolaire, dans chaque trompe.	Métastases sur le diaphragme ; lésions septiques dans la rate, le foie, le cœur et les reins.	Dirner	Dirner et Fonyó, « Szüleszet es Noegyogyaszat nº 2, 1902 et Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp., vol. II, 1903.
Trompe remplie de papillomes malins ; kyste de l'ovaire, qui ne présente pas de lésions cancéreuses.	.....	Dirner	Dirner et Fonyó. « Szüleszet es Noegyogyaszat, nº 2, 1902 et Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp., vol. II, 1903.
Trompe aussi grosse qu'une	Métastases dans l'ovaire	Stolz	Stolz « Zur kenntniss des

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
		Règles régul.		tèrent brusquement pendant un violent effort; prolapsus vaginal; tumeur dans le cul-de-sac droit et dans le Douglas; utérus gros.		tion des 2 annexe et de plusieurs gan glions pelviens lombaires; guéri son; bonne sant 4 mois après l'opéra tion.
45	57 M	Nullipare. Ménopause à 49 ans.	G	Fibrome utérin depuis plusieurs années; pas de ménorragie; quelques mois avant l'opération fréquentes hémorragies.	6 mois	Hystérectomie totale fibrome de la par postérieure de l'uté rus; trompe gauch allongée; guérison mort de récidiv 12 mois après l'op ration.
46	48 M	1 enfant âgé de 2 ans; pas d'avortement; règles régulières jusqu'à 46 ans; Dysménorrhée.	G	Douleurs abdominales et augmentation de volume du ventre depuis 2 ans; aménorrhée pendant 6 mois; écoulement jaune pâle; miction fréquente et difficile. Tumeur en continuité avec l'utérus s'élevait au-dessus du pelvis.	2 ans	Ovariotomie; guér son; ablation du ky te de l'ovaire gauch avec la trompe gau che qui était gross et contenait une tu meur; la trompe dro te et l'ovaire étaie sains en apparence pas de signes de r cidive 2 ans et 2 mo après l'opération.
47	47 M	2 enfants. Règles régul.	D	Inflammation pelvienne il y a 2 ans. Tumeur tendue éclate dans le rectum. Douleurs lombaires à début brusque pendant 5 mois. Leucorrhée. Pas de ménorragie. Utérus fibromateux. Tumeur avec des parties dures et des parties molles dans le Douglas.	2 ans	Hystérectomie supra vaginale, ablation d annexes; guérison mort 3 mois plus tar d'un rétrécissemen cancéreux du rectum
48	50	2 enfants Ménopause. à 44 ans.	G	Pertes sanieuses, douleurs pelviennes, tumeur ferme et en forme de saucisse en arrière et à gauche de l'utérus, qui était gros; cancer utérin soupçonné.	6 mois	Hystérectomie vag nale; trompe gau che considérable ment grossie; gu rison; 6 mois pl tard tumeurs seco

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
tête fœtale, masse de cancer papillo-alvéolaire naissant de la muqueuse.	droit et les ganglions enlevés ; pas de métastases dans l'utérus, l'ovaire gauche et la trompe gauche.		primaeren Tuben carcinoms.» Archiv. f. Gyn. vol. LXVI. 1902, p. 365.
Dilatation ampullaire de la trompe gauche contenant du sang veineux ; une tumeur molle, née de la muqueuse faisait en partie saillie à travers l'ostium. C'était un pur carcinome à cellules sphéroïdales.	Envahissement du péritoine adjacent à l'ostium et du rectum ; pas d'éléments malins dans le fibrome utérin.	Bland-Sutton	Bland-Sutton. « On a Case of Primary cancer of the Fallopian tube » Trans. Obst. Soc. vol. XLIV, 1902, p. 311 et « A contribution to the Surgery of the Uterus » Clin. Journal, 20 April 1904, p. 4.
Une masse de papillomes malins du volume d'une balle prenant naissance dans l'ampoule de la trompe gauche.	.....	Herman.	Russel Andrews « Primary Carcinoma of the Fallopian Tube » Trans. Obstet. Soc., vol. XIV, 1903, p. 54.
Trompe droite de la forme d'une grosse saucisse. Ostium fermé. Des masses d'un rose vif de papillomes malins naissaient de la muqueuse.	Envahissement d'une partie limitée de l'ovaire droit. Parois rectales probablement infectées au moment de l'opération.	Duret.	Danel « Journal des Sciences médicales de Lille » « 14 mars 1903, p. 241.
Toute la surface de la muqueuse tubaire gauche présentait des papillomes malins il n'y avait pas de cancer sur l'utérus.	.....	?	Low. La Gynécologie, 1903, p. 79.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
						daires dans le pel et l'abdomen jusqu hauteur de l'ombil
49	50 M	Nullipare. Règles régulières Ménorragie accidentelle. Phtisique depuis 12 ans.	D	Tumeur et douleur hypogastriques; ascite, pas de pertes sanieuses ; grosse tumeur dans le cul-de-sac droit, plus petite dans le cul-de-sac gauche.	2 mois	Ablation des annexe Beaucoup de noya secondaires sur intestins. Guériso 2 mois plus tard ré dive avec ascite.
50	49 M	.....	G	Fibrome utérin ; hémorragies profuses ; tumeur dans le pelvis.	.....	Hystérectomie et ab tion des annex (Septembre 190 trompe gauche, se blable « à un pan avec une long racine mince ». Ab tion de cette tromp Guérison.
51	50 C	0 (?) Pas encore de ménopause.	D	Pertes sanguines pendant quelques mois ; douleurs hypogastriques trois jours avant sa mort.	4 mois malade	Pas d'opération.
52	60 M	Stérile. Ménopause à 50 ans.	G	Gonflement abdominal ; leucorrhée jaunâtre; diminution du gonflement, phlébite de la jambe gauche.	2 ans	Ablation de la tromp guérison; cas per de vue.
53	58	1 enfant.	?	Inflammation hypogastrique 30 ans auparavant, pendant 18 ans tumeur de l'abdomen stationnaire ; douleurs hypogastriques et cystite douloureuse pendant 1 an ; à l'opération kyste remplissant le pelvis.	18 ans tumeur symptômes aigus un an.	3 mois après l'opé tion bonne santé.
54	49	Un accouche-	D et G	Crise soudaine de rétention	.....	Ablation de l'uté

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Trompe droite grosse et en forme de cylindre, était le siège d'un cancer papillaire. *Pas de traces de lésions de péritonite tuberculeuse ancienne ou récente.*	Métastases sur la trompe gauche, l'ovaire gauche, les intestins, l'épiploon et le péritoine pariétal.	Briggs	Briggs. Primary Cancer of the right Fallopian tube ; right ovary normal.» Trans. Obs. Soc., vol. XLVI, 1904, p. 60.
Trompe dilatée et obstruée remplie d'une masse cancéreuse molle qui se prolongeait dans la portion utérine de la trompe; endomètre intact.	Pas de métastases.	Bland Sutton	Bland-Sutton « A Contribution to the Surgery of the Uterus»Clinical Journal, 20 avril 1904, p. 4.
Masse de cancer médullaire dans l'ostium de la trompe, communiquant avec un kyste (extérieur à la trompe et à l'ovaire) aussi gros qu'un œuf d'autruche; le kyste semblait communiquer avec la cavité de la trompe qui était pleine de sang.	Pas d'extension aux parties voisines ou éloignées.	.....	W. Essex Wynter, Trans. Path. Soc., vol. XLII, p. 222 ; et Doran, dans « Allbutt and Playfair's. System of Gynaecology, première édition, p. 821.
Papillome cancéreux des parois tubaires ; ostium s'ouvrant dans un kyste aussi gros qu'une tête d'adulte ; ovaire pas trouvé.	Intégrité des autres parties.	Routier	Routier. Bulletins et mémoires de la Soc. de Chir. de Paris, vol. XVIII, 1892, p. 73 ; annales de Gyn. et d'Obst., vol. XXXIX, 1893, p. 39.
Kyste tubo-ovarien avec un cancer primitif adjacent.	Adhérences fortes aux parties adjacentes ; une portion du kyste ne peut pas être enlevée.	Savor	Savor « Cystitis crouposa bei sauerem Harn. » Wiener Klini. Wochens. vol. VIII, 1895, p. 775.
Carcinome papillaire des deux	Le vagin, la vessie, le	Zangemeister	Zangemeister : «Uber pri-

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
		ment prématuré il y a 16 ans. Périodes devenant irrégulières.		d'urine ; la patiente étant en bonne santé. Deux grosses tumeurs en arrière de l'utérus, hypertrophie des ganglions inguinaux et sus-claviculaires.		et des annexes par voie vaginale. Guérison ; mort 3 ans après d'une péritonite par perforation du cæcum envahi par le néoplasme.
55	47 M	Nullipare. Périodes régulières.	D. et G.	Douleurs sacrées et hémorragies pendant 1 an, suivies de pertes aqueuses et sanieuses avec émaciation. Tumeur pelvienne du volume d'un œuf d'oie à gauche de l'utérus.	1 an	Ablation de l'utérus et des annexes par voie abdominale. Adhérences de la trompe gauche à l'intestin grêle. Guérison. Récidive 2 ans après et mort.
56	49 M	Dernier enfant il y a 20 ans. Règles régulières.	D. et G.	Incontinence d'urine pendant 6 mois ; douleurs sacrées puis tumeur abdominale. Tumeur du volume de la tête d'un enfant à gauche de l'utérus.	6 mois	Laparotomie. Ablation des annexes ; adhérences de la tumeur et de la trompe droite à l'intestin et à l'épiploon. Guérison. Récidive. Mort dans les 6 mois.
57	47	4 enfants 1 avortement Règles régulières.	D et G.	Tumeur dans le sein droit depuis un an. L'abdomen semblait augmenter de volume pendant 4 à 5 mois ; il augmentait rapidement de volume pendant les derniers temps. Deux tumeurs kystiques et hypogastriques repoussaient l'utérus en haut et en avant.	1 an	Ablation des annexes ; kyste des deux ovaires ; Guérison. 3 mois plus tard amputation du sein droit. Récidive d'une tumeur pelvienne. Ablation de la tumeur utérine. Mort 13 mois après l'ablation des annexes.
58	44 M (26 a.)	Plusieurs grossesses. 2 avortements dont 1 suivi d'inflammation pelvienne.	D et G	Leucorrhée aqueuse et sanieuse pendant plusieurs années. Douleurs abdominales et sensation de plénitude ; température pendant 4 mois. Hémorragie à début brusque. Ascite. Organes pelviens difficiles à examiner.	4 mois	Laparotomie. Liquide en grande quantité, de couleur foncée. Ablation des 2 annexes. Guérison. Récidive rapide avec ascite. Mort 11 mois après.

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
trompes ; petit kyste de l'ovaire gauche.	rectum et les ganglions rétro-péritonéaux étaient également envahis.		maeres Tuben Karzinom », Bruns « Beitraege zur Klin. Gyn. Berlin « 1892, p. 139.» Peham . « Zeitschrif. Heilk. vol. XXIV, 1903, p. 317.
La trompe *gauche* formait un kyste tubo-ovarien ; Cancer papillaire des trompes *droite* et *gauche*.	La portion tubo-ovarienne de la trompe gauche n'était pas envahie.	Zangemeis.	Zangemeister : « Uber primaeres Tuben karzinom. » Bruns « Beitraege zur Klin. Gyn. Berlin 1892, p. 139.» Peham : « Zeitschr. f. Heilk. vol. XXIV, 1903, p. 317.
Trompes droite et gauche dilatées et remplies de papillomes cancéreux.	Métastases dans le mésentère et le péritoine pariétal. Ovaires intacts.	Zangemeis.	Zangemeister : « Uber primaeres Tuben Karzinom.» Bruns « Beitraege zur Klin. Gyn. Berlin 1892, p 139.» Peham : « Zeitschr. f. Heilk. vol. XXIV, 1903, p. 317.
Trompes *droite* et *gauche* dilatées et remplies de tumeurs cancéreuses plus ou moins papillomateuses.	Envahissement secondaire des ovaires.	Chroback	Peham (loc. cit.), p. 357.
Cancer papillomateux des trompes *droite* et *gauche*. La trompe droite formant une très grosse tumeur.	Pas de lésions cancéreuses sur les ovaires.	Chroback	Peham (loc. cit.), p. 357.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
59	45 M	Avortement et inflammation pelvienne il y a 10 ans. Périodes régulières.	D et G	Récemment pertes aqueuses, sanieuses, abondantes et douleurs pelviennes. Deux tumeurs hypogastriques repoussent l'utérus en avant.	.....	Laparotomie. Ablation des annexes fortement adhérentes et d'une partie de l'épiploon, qui était recouvert de tumeurs kystiques dont quelques-unes étaient aussi grosses qu'une prune. L'ovaire gauche ne fut pas enlevé. Le 11e jour rupture de la cicatrice pendant un accès de toux; suture ; guérison. Récidive dans les 6 mois.
60	42	Règles régulières	G	Leucorrhée abondante ; ablation d'un polype et curettage. Persistance de la leucorrhée et métrorragies profuses. Tumeur en continuité avec l'utérus atteignant aussi haut que l'ombilic.	?	Hystérectomie abdominale subtotale avec ablation des deux annexes. Utérus fibromateux avec adhérences dues à une salpingite ancienne sèche. Il existe en outre une tumeur de la trompe gauche, constituant la plus grande partie de la masse. Guérison constatée après deux ans et deux mois.
61	51	Règles régulières. Un enfant à l'âge de 20 ans. La mère fut opérée à 70 ans d'une tumeur utérine.	D	Depuis 3 mois : douleurs hypogastriques et lombaires surtout à gauche. Leucorrhée pendant 1 mois. Métrorragie pendant quatre jours. Tumeur dans le cul-de-sac droit et une autre sur la face antérieure de l'utérus. Diagnostic : fibrome utérin.	3 mois	Hystérectomie abdominale subtotale avec ablation des annexes. On enlève par cette opération, un fibrome de 3 kilogram.

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Cancer papillomateux des trompes *droite* et *gauche*. La gauche était très grosse et obstruée. Elle avait ses parois musculaires envahies par le cancer.	L'ovaire droit était normal.	Péham	Péham (loc. cit.), p 357.
La trompe gauche se confond partiellement avec une énorme tumeur du volume des deux poings, bosselée, molle, noirâtre par endroits. Sur la coupe aspect encéphaloïde. En suivant la trompe, il est impossible de reconnaître l'ovaire gauche, malgré des coupes faites dans toutes les directions ; fibrome utérin concomitant. Carcinome de la trompe, alvéoles et fissurations remplis de cellules épithéliales polymorphes partant de la muqueuse. Ailleurs disposition tubulée.	Ovaire droit normal.	Quénu et Longuet	Quénu et Longuet, Revue de Chirurgie 1901, vol. XXIV, p. 764.
La trompe droite présente à 3 cent. du pavillon, une tumeur piriforme, grosse comme une fève de 3 cent. de long, sur 2 cent. de large ; lisse, dure, grisâtre, lardacée à la coupe. Longues traînées de cellules cancéreuses s'infiltrant dans la muqueuse et la musculeuse et jusque sous la	Fibrome utérin. Ovaire droit kystique.	Quénu et Longuet	Quénu et Longuet, Revue de Chirurgie 1901, vol. XXIV, p. 764.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
62	49 M	1 grossesse il y a 25 ans. Règles régul.	D et G	Pendant plusieurs mois pertes aqueuses et jaunâtres, douleurs abdominales continuelles pendant 5 semaines. Tumeur découverte, et diagnostiquée comme fibrome utérin.	Plusieurs mois	Laparotomie. Ablation des trompes droite et gauche cancéreuses ; aussi grosses que le gros intestin. L'utérus adhérent au rectum ne fut pas enlevé. Guérison. Les règles ne reparurent pas ensuite. Récidive 3 ans plus tard. Laparotomie exploratrice.
63	47 M	5 enfants règles régul.	D	Douleurs hypogastriques surtout à gauche. Tumeur rénitente de la grosseur de la tête d'un homme du côté droit du pelvis et dans le Douglas.	1 an.	Hystérectomie subtotale. Ablation des 2 annexes. Liquide libre et nombreuses adhérences. Convalescence. Pas de récidive 8 ans après l'opération.
64	51	Ménopause depuis 2 ans.	D et G	Malade pendant 4 ans. Masse irrégulière de la grosseur d'une pomme s'élevant au-dessus du pubis gauche. En arrière fibrome en connexion avec l'utérus.	4 ans.	Hystérectomie abdominale totale. Salpingectomie à droite. Salpingo-ovariectomie à gauche. Guérison. Récidive 4 mois après dans le paramétrium.
65	37	Règles irrégulières depuis peu.	G	8 ans stomatoplasty pour hydrosalpinx droit, fixation de l'hydrosalpinx gauche à la paroi abdominale. Douleurs abdominales ; éventration ; hémorragies utérines irrégulières.	.....	Exérèse en partie de la trompe gauche, siège d'une nouvelle tumeur. L'annexe droite paraissait normale, 2 mois plus tard la tumeur atteignait jusqu'à l'ombilic. Laparotomie exploratrice ; opération

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
séreuse. Disposition tubulaire par places; alvéolaire ailleurs. Cellules néoplasiques du type cylindrique.			
.....	Métastases dans l'anse sigmoïde, le colon, et le mésentère. Envahissement des ganglions pelviens. Etat général assez bon.	Brenecke.	Peham « Zeitsch, f. Heilk. » vol. XXIV, 1903, p. 342.
La trompe droite formait une tumeur à parois minces pleine de papillomes mous. L'ovaire droit et les annexes gauches à l'état normal.	Pas de métastase.	Zweifel.	Zangemeister « Uber primaeres Tubencarcinom », Beitraege z.klin. Chirurg., vol. XXXIV, p. 96 (1902).
Trompe gauche de la grosseur d'un boudin, remplie de papillomes cancéreux. Début de papillomes cancéreux dans la trompe droite. (Myome dans la paroi antérieure de l'utérus).	.....	Anufrief	Anufrief « Zur kasuistik des primaeren Tubenkarzinoms », Monatschr. f. Geb. u. Gyn. vol. XX, (1904), p. 753.
Tumeur dans la trompe gauche formée d'une prolitération atypique de l'épithélium.	Diffusion rapide du cancer au-dessus des organes pelviens.	Tomson.	Tomson. La Gynécologie « Fev. 1905, p. 70, Journ. d'Obst. et de Gyn. de Saint-Petersbourg, nov. 1904.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
						impossible. Mort 4 mois après.
66	49	Ménopause depuis un an.	G	Dysurie, constipation, pas d'hémorragie. Tumeur molle du côté gauche du pelvis s'est rompue pendant la palpation bimanuelle.	.....	Extirpation du sac tubo-ovarien ; un an après récidive et opération, mort peu après.
67	45 M	1 enfant Ménopause	D et G	Douleurs hypogastriques. Tumeur abdomino-pelvienne bilatérale. Ascite.	Douleurs 1 mois	Ablation des 2 annexes.
68	50	2 enfants Ménopause il y a huit ans	D	Douleurs abdominales ; écoulement séro-purulent ; ventre proéminent.	3 mois	Ablation des 2 annexes ; métastases pelvi-péritonéales du côté gauche ; tumeur à l'extrémité externe de la trompe droite ; 11 jours plus tard, ascite libre.
69	41 M	Stérile. Ménorragie.	D et G	Ménorragies abondantes. Décharges aqueuses intermenstruelles sans douleurs. Côté droit du pelvis, tumeur ; utérus déplacé à gauche. Un lavement avant l'opération provoque une hémorragie par le rectum, on découvre une fistule.	3 ans.	Ablation des annexes ; pas de fibrome ; utérus fixe et recouvert par la trompe gauche dilatée ; trompe droite fortement adhérente. Mort 84 heures après l'opération. Pas d'autopsie.
70	46 M	1 grossesse.	D et G	Poussées de pelvi-péritonite, il y a 12 ans ; depuis 1 an douleurs hypogastriques ; et écoulement aqueux, inodore, couleur thé ; utérus fixe, tumeur dans le cul-de-sac droit s'élevant au-dessus de l'aine, tumeur gauche petite.	1 an.	Ablation de l'utérus par hémisection avec les annexes. Guérison.
71	29	Stérile. Dysménorrhée. régulière.	D et G	Dilatation des trompes et rétroversion découvertes pendant l'examen, fait à cause	.....	Excision de l'appendice vermiforme ; hystéropexie, abla-

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Trompe gauche siège d'un cancer papillaire commençant à infecter le kyste ovarien dans lequel il s'ouvrait.	Généralisation rapide après la deuxième opération.	Orthmann	Orthmann « Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. »; vol. XLIV. and «Monatschr. f. Geb. u. Gyn. » April 1905, p. . 571
Cancer papillaire primitif des deux trompes.	Métastases (non papillaires) dans les ovaires et le péritoine pariétal.	Pompe van Merdervoort	Pompe van Merdervoort Zentralblatt f. Gyn. 1905, p. 597.
Tumeur cancéreuse de la grosseur du doigt, l'ostium admettait une sonde.	Métastase séreuse et probablement viscérale.	Keitler	Keitler. Zentralbl. f. Gyn. 1905, p. 630.
Tumeur médullaire, lobulée, sur la trompe gauche ; tumeur plus petite visible à travers l'ostium à la trompe droite, papillomes malins des deux côtés.	Rectum perforé à 4 pouces au-dessus de l'anus par une tumeur de la trompe droite.	Cullingworth	Cullingworth, and Lockyer, « Carcinoma of the Fallopian Tube » Trans. Obstet. Soc., vol. XLVII, p. 263.
Trompe droite du volume d'une orange, trompe gauche du volume d'une tangerine pleine d'un liquide couleur chocolat ; masses cancéreuses en forme de choufleur naissant de la muqueuse.	Ovaires intacts.	Rollin	Rollin « Epithelioma primitif des deux trompes de Fallope. Annales de Gyn. et d'Obstet. Juil, 1905, p. 436.
Les deux trompes sont le siège d'un carcinome primitif (Leary, Boston, U. S.)	Adhérences générales à la première opération, mais sans métastase.	Hare	Hare. Boston Med. and Surg. Journal May 25 1905.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résulta
				de la stérilité ; ni douleurs, ni écoulements.		tion des 2 trom résection de p kystes sur l'ov droit ; 14 jours tard ablation de térus, ovaire gau et restes de l'ov droit et d'une pa de l'épiploon. Pa récidive 1 an ap
72	55	.....	D	Récentes hémorragies, douleurs violentes pendant la défécation. Utérus volumineux; tumeur dans le cul-de-sac droit.	des mois	Hystérectomie pa procédé de W theim, excision 6 pouces de rect guérison ; mort bite 7 mois après
73	60 M	Nullipare Ménopause depuis 8 ans.	D et G	Douleurs abdominales surtout à droite. Aucun écoulement.	quelques semaines.	Ablation des anne guérison. Pas de cidives 11 mois tard.
74	36 M	Nullipare (Mariée 14 ans)	D et G	(Gonorrhée depuis 14 ans), leucorrhée récente ; crises de douleurs abdominales depuis deux mois ; tumeur dans chaque cul-de-sac, la tumeur droite s'élevant dans la fosse iliaque.	9 mois.	Ablation de l'ut et des annexes. section du périt du cul-de-sac Douglas, guéris mort après réci 13 mois plus t
75	55 M	Ménopause à 50 ans	G	Douleurs hypogastriques soulagées temporairement par écoulement intermittent. Tumeur dans le cul-de sac gauche.	4 mois.	Ablation des anne gauches. Petit k à l'ovaire gauch dans le ligan large ; guéris mort de récidiv ans 1 mois a l'opération.
76	43 M	Stérile. Règles régulières.	D et G	Développement lent et sans douleur de l'abdomen. Ascite en quantité notable; cirrhose hépathique soupçonnée (alcoolique).	5 mois.	Ablation des anne trompe droite dé rée pendant l'ex tion ; beaucoup tissu triable s'éch et flotte dans

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Cancer primitif de la trompe droite.	Rectum envahi.	Cullen.	Cullen, Bulletin Johns Hopkins, Hosp. déc. 1905.
Hydrosalpinx bilatéral avec cancer.	Utérus envahi.	Fehling	Fehling. Lehrbuch der Frauenkrankheiten; uoisième édition, p. 306 ; and private correspondence for clinical history.
Les deux trompes formaient des tumeurs avec masses exubérantes de papillomes malins et liquide foncé.	Envahissement du péritoine pelvien ; après l'opération perforation vésicale par récidive cancéreuse.	Tédenat.	Tédenat. Archives provinciales de Chirurgie, nº 3, 1906, p. 129.
Trompe gauche obstruée et dilatée, de la grosseur d'un œuf de poule ; par places des papillomes malins sur la muqueuse.	Pas de métastase observée au moment de l'opération.	Scharlieb.	Doran « Allbutt and Eden's system of Gynœcology ; 2e édit., p, 507, footnote.
Les deux trompes sont fortement dilatées et remplies d'une masse molle et vasculaire, cancer alvéolaire.	Métastase sur le péritoine et l'utérus seulement (pas de traces de cirrhose hépatique).	Zum Busch.	Private Correspondence (read before Hunterian Society, nov. 1906).

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résulta
						cite ; trompe gau similaire, petite, f Guérison ; 3 n plus tard ascite. patiente est a perdue de vue.
77	53 M	1 grossesse. 1 avortement. Ménopause depuis 10 ans.	D et G	Métrite sénile, écoulement fétide, douleurs pelviennes, tumeur dans le cul-de-sac droit et dans le Douglas. Epiplocèle ombilicale étranglée.	quelques mois.	Opération pour hernie ; ablation deux annexes ; drosalpinx à dr du volume du po guérison ; réci après 3 mois.
78	49	Stérile ? Ménopause depuis 1 an.	G	Douleurs violentes. Défécation difficile. Tumeur fluctuante de la grosseur de la tête d'un fœtus, à gauche de l'utérus, a éclaté pendant l'examen.	3 mois.	Ablation des anne gauches, kyste t ovarien, opéra pour récidive 1 a 2 mois plus ta tumeur extraite pelvis, mort 3 n après.
79	49 M	1 enfant à 29 ans, règles deviennent irrégulières.	D et G	Pas de maladie génitale. Douleur dans le côté gauche de l'abdomen pendant un an ; six mois de pertes ; émaciation, tumeur s'élevant jusqu'à la moitié de la ligne ombilico pubienne.	1 an	Extraction des tr pes avec l'ov gauche et une p de l'ovaire (très adhérentes pelvis) ; trompe che éclate du l'opération ; gu son ; ascite déve pée ; 9 mois a laparotomie expl trice ; métast cancéreuses ; d loppement rapid l'ascite.
80	40	Enfant ? Menstruation régulière.	G	Pertes vaginales depuis vingt ans, leucorrhéiques puis séreuses et aqueuses ; douleurs dans les fosses iliaques.	Plusieurs années	Hystérectomie ab minale et abla des annexes 1906 ; fibrome rin sous-périton en 1909 tumeur le Douglas et m tase sur la vessi

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
ancer alvéolaire papillomateux dans l'hydrosalpinx droit ; début de cancer dans la trompe gauche.	Adhérences généralisées ; pas de traces de métastase.	Orthmann	Orthmann Zur kenntniss malignen Tubenbildungen Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., vol. LVIII, 1906, p. 395.
rompe dilatée, pleine de cancer papillaire.	Partie ovarienne du kyste montrait quelques excroissances métastatiques sur sa paroi intérieure.	Everke	Orthmann Zur kenntniss malignen Tubenbildungen Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. vol. LVIII, 1906, p. 379.
rompes kystiques fortement adhérentes, farcies de papillomes ne montrant aucun signe de malignité à l'examen microscopique (voir le cas 3 de Kaltenbach).	Rien de découvert à la première opération ; à la 2e opération métastases sur toute la surface du pelvis, du péritoine pariétal, au niveau de la cicatrice et sur l'intestin.	Duret	Danel « Double tumeur papillaire primitive des trompes de Fallope » Journal des Sciences médicales de Lille, 10 août 1907, p. 121.
rompe gauche très dilatée, remplie de papillomes malins ; les annexes droites, l'ovaire gauche, l'utérus myomateux ne présentaient aucune lésion en 1906.	Nodules métastatiques dans le ligament large, découverts à l'opération.	Rein	Zaretsky « Papillomatous Tumour of Fallopian Tube » 1907 (Russian Monograph.), private correspondence. Oct. 1909.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résulta
81	42 M	Stérile Menstruation régulière ?	D	Santé parfaite, jusqu'à la production d'une métrorragie ; tumeur hypogastrique à développement rapide ; pas de douleurs, pas de décharges ; tumeur dure au-dessus des pubis fluctuante au-dessous dans le Douglas.	3 mois.	Ablation de l'uté et des annexes ; p tie kystique de tumeur profon ment enfoncée d le pelvis ; guérisc la patiente est p due de vue.
82	51 M	2 enfants. Menstruation irrégulière.	D	Ménorragies ; pendant plusieurs semaines douleurs violentes, diagnostic de fibromes multiples.	6 semaines	Hystérectomie va nale sans suc (fortes adhéren utérus et anne enlevés; de multi myomes ; à la tr pe droite une meur solide qui ad re dans le fond ; drosalpinx gauc
83	57 M	1 enfant (à 33 ans)	G	(Pas de passé génital). Douleurs hypogastriques récentes ; tumeur de chaque côté de l'utérus, plus grosse du côté droit ; leucorrhée sanieuse pendant les huit jours qui ont précédé l'opération.	Plusieurs mois.	Ablation de l'uté et des annexes ; lides adhéren périmétrite du droit ; cinq sema plus tard, pleuré saignée, thorac tèse; mort trois m et demi après l'o ration ; pas d'aut sie.
84	45	Pas d'enfants.	G	(Antérieurement inflammation pelvienne chronique, probablement gonococcique), récemment pertes vaginales aqueuses, douleurs abdominales, tumeur hypogastrique dont la partie basse remplissait presque la cavité pelvienne.	12 mois.	Ablation des d annexes. For adhérences ; trompe droite hy salpinx de la g seur d'un œuf poule ; trompe che un gros py pinx ; guérison, état de santé mois après.
85	46	2 enfants (dans ces 12 dernières années.	D	(Antérieurement infection gonococcique après son mariage) ; pertes rouges, ré-	Quelques mois.	Février 1902 : a tion de la tro droite volumin

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
rompe droite formait un gros kyste, rempli d'un tissu déno-carcinomateux friable, siégeant au niveau du iers moyen de la muqueuse ubaire ; trompe gauche ıydrosalpinx sans prolifération néoplasique ; deux ovaires sans lésions.	Pas de métastases au moment de l'opération (où elles ont été soigneusement recherchées) ; paroi utérine et muqueuse saines.	Knauer.	Schauenstein « Ein Fall eines primaeren Tubenkarzinoms» Mittheil des Vereines der Ærzte in Steiermark, nº 2, 1908, p. 29.
umeur solide remplit la rompe droite, épithélium ylindrique transformé sur certains points en épithélium plat logé dans des alvéoles.	Pas de lésion ; dans l'hydrosalpinx gauche pas de tumeur.	Orthmann.	Orthmann. Plattenepithel. Karzinom der Tube Munchener med. Wochenschr ; nº 27, 1907, p. 1344.
rompe droite contenant un cancer papillo-alvéolaire et deux dépôts de papillomes franchement malins ; trompe gauche sans tumeur.	Métastases évidentes à l'opération (les ovaires, l'utérus, la vessie et le colon transverse.)	Kehrer.	Kehrer « Zur kenntniss des primaeren Tubenkarzinoms, Monatschr. f. Geb ù. Gyn. vol. 27 (1908), p. 327.
Trompe gauche, tumeur en forme de boudin, de trois pouces de diamètre au milieu, beaucoup de pus ; adéno-carcinome papillomateux.	Pas de lésions ; trompe droite simple salpingite ; ovaires normaux.	Gemmell.	Gemmell. "Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. Journal of Obst. and Gynœc. Vol. XIV (1908), p. 31.
Adéno-carcinome de la trompe droite ; trompe gauche	Pas de métastase au moment de l'opération ;	Everke.	Everke. Primaeres Tubenkarzinom Monatschr.

Nos	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat
				centes, « tumeur de la grosseur du poing » dans le pelvis.		très adhérente ; chirure de l'intes hystéropexie ; s tembre 1903 dysp sie, tumeur épig trique, en mars 19 mort trois ans mois après l'ope tion.
86	41	Nullipare Ménopause à 25 ans.	D	Plusieurs crises de pelvi-péritonite. Tumeur hypogastrique à droite de l'utérus, simulant un fibrome.	10 mois	Ablation de l'uté et des annexes; ky suppuré de l'ova droit, trompe dr cancéreuse ; gu son, pas de récid six mois après ; patiente est tuée cidentellement. h mois plus tard.
87	52	Enfants ? Ménopause depuis 4 ans.	G	Augmentation de volume de l'abdomen depuis deux ans ; découverte d'une tumeur de l'ovaire ; pas d'hémorragies utérines, ni de pertes d'aucune sorte.	Durée incertaine.	Ovariotomie ; tron gauche aussi épa que le pouce ad rant au kyste l'ovaire; annexe d te normale ; r dive quatre m après ; mort mois après l'ope tion.
88	27	2 enfants. Menstruation normale.	D	Inflammation puerpérale (pelvienne) il y a quatre ans, une autre crise aiguë il y a deux ans, douleur localisée et continue depuis lors ; pertes vaginales, profuses, aqueuses, brunâtres parfois, dans les derniers temps. Utérus fixe ; tumeur dans le cul-de-sac latéral et la poche de Douglas.	Probablement l'espace de 2 ans.	Ablation de l'uté des annexes et l'appendice ver forme.
89	39 M	2 enfants 2 avortements	G	(Rétention placentaire, curettage) ; douleurs hypogas-	Plus de 10 mois	Ablation de l'ova gauche scléro-ky

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
paraissant normale au moment de l'opération.	dernièrement cancer de l'estomac ?		f. Geb. u. Gyn. vol. XXVIII (1908), p. 461.
Trompe droite formait un gros kyste ; un épithélium volumineux et papillomateux poussait sur la muqueuse ; pas de cellules déciduales ; kyste non malin de l'ovaire droit.	Pas de métastases dans les autres organes. Utérus et annexes gauches normaux.	Chalot.	Mériel. Epithéliome papillaire ou déciduome de la trompe», « Revue mens. de gyn. d'obst. et de péd., Sept. 1908.)
Commencement de cancer de la trompe (Borel, institut Pasteur ;) tumeur de l'ovaire semble un kyste ordinaire.	Généralisation remarquée dans les parois après l'opération.	Delaunay.	Delaunay. « Cancer primitif de la trompe », Paris Chirurgical, vol. I, p. 15 (1909).
Les deux tiers externes de la trompe droite dilatés, contenant un liquide séro-sanguinolent et une masse encéphaloïde de papillomes malins.	Pas d'autres lésions cancéreuses sur l'hydrosalpinx gauche, sur les ovaires, les parois utérines et l'endomètre.	Norris.	Norris. « Primary Carcinoma of the Fallopian Tube ». Surgery Gynœcology and Obstetrics ; vol. VIII (1909) p. 272.
Trompe plus volumineuse que normalement, tumeur	Pas de métastases.	Leuret.	Lorrain « Epithélioma de la trompe utérine » Bul-

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
		Règles peu abondantes.		triques surtout pendant les règles. Règles fétides une fois avant son entrée à l'hôpital. Ovaire gauche très douloureux.		que et de la tromp gauche ; pas d'abla tion des annexe droites ; guérison pas de récidive.
90	44	3 enfants Règles régulières.	G	Pendant trois ans pertes séreuses entre les règles; augmentation de volume de l'abdomen depuis un an ; tumeur mobile dans la fosse iliaque gauche, séparée de l'utérus, accroissement continu.	3 ans	Ablation de l'utéru et des annexes ; hy drosalpinx droit, e tumeur « en form de saucisse », déve loppée aux dépen de la trompe gau che et adhérent une anse grêle qu paraît envahie par l néoplasme ; noyau métastatique dans l grand épiploon. Gué rison.

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
du volume d'une grosse lentille à sa partie moyenne; examen microscopique montre : 1° épithélium et couche sous-épithéliale non altérés; 2° des boyaux de cellules épithéliales, qui paraissent comme étouffées au milieu d'un tissu conjonctif dense. Par places ces cellules sont aplaties avec un noyau repoussé à la périphérie et semblent creusées d'une cavité. Ces bourgeons épithéliaux ne paraissent pas prendre naissance aux dépens de l'épithélium tubaire qui semble normal. Cependant, ces bourgeons sont particulièrement abondants à mesure que l'on se rapproche de la cavité tubaire et dans cette région on peut reconnaître par places, un épithélium cylindrique, limitant plus ou moins nettement des culs-de-sac. Trompe hypertrophiée, remplie de replis épithéliaux non cancéreux et enflammée. Siège du cancer exclusivement dans la paroi fibro-musculaire.			letins et Mémoires de la Société anatomique de Paris, avril 1909, p. 235.
Tumeur de la trompe pèse 757 grammes, a 21 centimètres de long, 8 centimètres dans sa partie la plus large; sac à parois minces rempli par une masse néoplasique dans ses deux tiers internes; rien de spécial à l'utérus, aux ovaires et à la trompe droite. Nécrose de la masse principale de la tumeur; vaisseaux entourés de cellules cubo-cylindriques; entre les	Petits nodules au niveau de l'insertion du ligament large gauche, sur la trompe.	Gosset	Gosset. Sur un cas de tumeur primitive de la trompe. « Annales de Gyn. et d'Obst. » Mai (1909), p. 127.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
91	54 M	1 avortement à 30 ans. Ménopause depuis 2 ans.	G	Pertes séreuses après la ménopause, rougeâtres d'abord, puis incolores ; douleurs abdominales du côté gauche ; crise aiguë quatorze jours avant son entrée à l'hôpital ; tumeur dure dans le cul-de-sac gauche ; utérus volumineux.	1 an 1/2	Excision d'une tumeur pelvienne fortement adhérente à l'intestin ; guérison, mort après récidive dans l'espace d'un an.
92	48 M	3 enfants 1 avortement à 17 ans. Hémorragies empêchant de se rendre compte de la menstruation.	D	Hémorragies à quelques mois d'intervalle, d'abord ; puis, presque continues. Fibrome de l'utérus s'élevant jusqu'à l'ombilic, dont un lobe dans l'hypogastre atteignait la fosse iliaque droite ; tumeur dans le Douglas.	2 ans.	Hystérectomie abdominale, ablation des annexes et de l'appendice vermiforme ; dans le cul-de-sac de Douglas une masse formée par les annexes gauches malades ; trompe droite fortement dilatée ; guérison ; aucun signe de récidive dix mois plus tard.
93	55	2 enfants	D et G	La trompe formait une tumeur qui atteignait l'ombilic.	?	Amputation des trompes ; quatre mois plus tard hystérectomie vaginale ; mort peu après par récidive.
94	53	3 enfants	D et G	Tumeur abdominale distincte	?	Hystérectomie totale, ablation des annexes.

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
vaisseaux zones nécrosées ; périthéliome ou angio-sarcome plexiforme de Waldeyer (d'après Herrenschmidt et Borel.)			
Tumeur de la trompe gauche lardacée ; épithéliome cylindrique papillomateux dans certaines parties et alvéolaire dans d'autres parties.	Généralisation après l'opération.	Pozzi.	Caraven et Lerat. « Epithelioma primitif de la trompe ». Bulletins et mémoires de la Société anat. de Paris, Mai (1909), p. 301.
Trompe droite dilatée, tubéreuse, remplie de masses médullaires ; infiltration épithéliale atypique.	Noyau secondaire découvert dans l'ovaire gauche et la paroi utérine.	Hartmann.	Lecène . « Epithélioma primitif de la trompe ». Annales de Gyn. et d'Obst. Juillet 1909, p. 418.
Adéno-carcinome papillomateux des trompes.	L'utérus portait un petit polype adéno-carcinomateux tout près de l'orifice de l'une des trompes.	Von Franqué.	Von Franqué. Ueber maligne Erkrankungen der Tube » und Metastasenbildung in Uterus Verhandl. d. deutsch. Gesell. f. Gynaek., Congrès 9, 1901, p. 606 et Zangemeister, Beitraege z. Klin. Chirurg. vol. XXXIV, p. 99 (nº 45 in tables.)
Chaque trompe formait une tumeur de la grosseur du poing, remplie de proliférations adéno-carcinomateuses.	Noyaux secondaires sur l'endomètre ; cellules disposées comme dans la tumeur, mais *pas* comme dans l'adéno carcinome primitif utérin.	Von Franqué.	Von Franqué et Zangemeister. « Ueber maligne Erkrankungen der Tube » und Metastasenbildung in Uterus Verhandl. d. deutsch. Ge-

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
95	.....	.....	Unilat.	Inflammation pelvienne chronique évidente. Pas de symptômes d'aucune sorte de maladie utérine.	?	« Opération radicale par la voie abdominale » Pas de lésion cancéreuse sur l'autre trompe.
96	49	1 enfant à 24 ans Ménopause depuis 7 ans	G	Emaciation ; distension de l'abdomen ; tumeur ovarienne circonscrite.	7 mois	Ovariotomie, gros kyste adénomateux de l'ovaire droit s'insinuant dans le ligament large ; trompe droite normale; ovaire gauche sain ; la trompe formait une grosse tumeur.
97	.....	.....	.....	Histoire clinique perdue.	.....	Ablation.
98	56	3 enfants	.....	Augmentation de volume de l'abdomen. Douleurs intermittentes.	9 mois	.....
99	.....	.....	Unilat.	Symptômes d'inflammation chronique des annexes.	.....	Ablation d'une trompe, fortes adhérences, déchirure du rectum, mort.
100	60 C	1 enfant Ménopause à 47 ans.	G	Gros kyste atteignant presque le cartilage ansiforme, et descendant dans la poche de Douglas; douleurs vives, dysurie. Développement rapide pendant les trois dernières semaines. A partir de 57 ans, règles régulières,	Tumeur constatée 5 mois avant l'opér.	Ovariotomie ; ablation du kyste tubo-ovarien, s'insinuant dans le ligament large ; guérison, récidive ; mort d'un cancer interne dans l'espace de deux ans;

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
			sell. f. Gynaek, Congrès, 9, 1901, p. 606 et Zangemeister, Beitraege z. Klin. Chirurg. vol. XXXIV, p. 99 (nº 47, in tables).
Cancer primitif d'une trompe ; l'autre présentait seulement de la salpingite chronique pseudo folliculaire.	Pas d'endométrite ; les lymphatiques de l'utérus étaient bourrés de cellules cancéreuses.	Von Franqué.	Von Franqué. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. vol. XXII (1905), p. 152.
Le corps de la tumeur en forme de «cor de postillon», de six pouces de diamètre, la moitié utérine de la trompe présentait une excroissance papillomateuse maligne ; le contenu était un liquide transparent et séreux.	.....	Amann.	Mueller « Ein Fall von primaeren Tubenkarcinom 1896 »; Orthmann «Zur Kenntniss der malignen Tubenneubildungen » Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. vol. LVIII, p. 377.
Une trompe fortement développée, tumeur dure, cancéreuse, composée de cellules sphéroïdales en faisceaux très serrés en longues colonnes.	Pas de maladie de l'utérus ni des annexes.	Macnaughton Jones and C. Lockyer.	Macnaughton Jones. Practical Manual of Diseases of Women ; 9th. Ed. (1904), p. 678 and private correspondence.
.....	.....	Martin.	Martin. « Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten ; 4th. éd. (1907), fig. 155, p. 387.
Tumeur solide de la trompe, véritable cancer (Cecil Earl, Dublin.)	Pas de lésions de l'utérus, des ovaires et de la trompe de l'autre côté.	Smyly.	Smyly. Private correspondence.
Carcinome villeux primitif de la trompe de Fallope avec envahissement secondaire d'un kyste ovarien, des ganglions lymphatiques, de l'utérus, etc. (Targett.)	Tumeur papillomateuse sur le péritoine utérin et dans la poche de Douglas.	Doran	Doran et Targett. The Journal of. Obstet. and Gynœcol. of. the British Empire vol. XVII, Janvier (1910), p. 23.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
				dont les dernières eurent lieu six mois avant la visite.		pas d'autopsie. L tour de taille au ni veau de l'ombili mesurant 31 1/4 pou ces (79 cent.), et a niveau de l'hypo gastre 33 pouces (8 cent.) la distance d cartilage xiphoïde l'ombilic était d 6 pouces (15 c. 1/2 et de l'ombilic jus qu'au pubis 8 p. 3/ (22 cent)
101	64	Multipare ; règles régulières. Ménopause à 48 ans.	G	Prolapsus utérin pendant quarante ans. Pertes douloureuses et verdâtres. Perte sanguine un mois avant son entrée à l'hôpital. Ablation d'une petite tumeur dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Léger épaississement des annexes gauches.	.....	Opération en parti avec le galvanocau tère Hystérectomi précédée de l'abla tion de la tumeu vaginale. Shock opé ratoire . Vomisse ment noirâtre, mo le surlendemain d l'opération.
102	35 Vierge	Menstruation irrégulière et un peu trop abondante.	G	Douleur abdominale et lombaire, surtout violente trois ou quatre semaines avant son entrée à l'hôpital. Tumeur abdominale dure qui atteignait 12 centim. au-dessus du pubis sur la ligne médiane et 16 centim. dans le sens transversal, et qui se sentait dans le cul-de-sac postérieur. Petite hernie	Depuis 18 mois tumeur abdominale remarquée ; douleurs depuis	Ablation des annexe gauches. Ovair gauche avec kyst de la grosseur d'u citron. Myomes uté rins. Nombreuse adhérences intestina les. Guérison. Mo un an après l'opéra tion avec des tu meurs abdominale

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Adhérences des anses intestinales entre elles et au pelvis. Aucune autre tumeur n'est trouvée. Atrophie de l'utérus qui est distendu par du mucus. Trompe droite normale sauf quelques adhérences légères. Trompe gauche distendue dans sa moitié externe par une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui a l'aspect verruqueux et qui s'est rompue pendant l'opération. Son extrémité externe est distendue par du liquide, et présente un kyste lymphatique. Adhérences de l'ovaire qui est sain. Carcinome à cellules cylindriques et primitif de la trompe gauche.	Noyau secondaire dans le cul-de-sac postérieur du vagin.	Herbert Spencer.	Doran. Select Clinical Reports. (The Journ. obst. and. Gyn. of the British Empire, vol XVII. N° 1 Janv. 1910, p. 30.)
Ovaire gauche, kyste du volume d'un citron, avec nombreuses adhérences ; trompe gauche adhérences; kystes lymphatiques. Elle est remplie d'une tumeur qui a détruit la paroi sauf à son extrémité utérine, et qui a oblitéré sa lumière. Carcinome formé par des travées de cellules épithé-	....	Herbert-Spencer.	Doran. Select clinical Reports. (The Journ. of. obstetr. and Gyn. of. the British Empire, vol. XVII. N° 1, Janv. 1910, p. 30).

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
				irréductible à gauche, dilatation de l'abdomen. Diagnostic de fibrome avec annexite gauche.	3 ou 4 mois.	et des tumeurs dans la cicatrice.
103	58 M	Règles régulières. Ménopause à 48 ans 3 avortements 1 enfant	G	Augmentation de volume de l'abdomen, dont elle s'était aperçue, et qui s'accrut rapidement dans les quinze derniers jours. Douleurs épigastriques dans les dix derniers jours, surtout après les repas. Œdème des membres inférieurs. Ascite. Dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Pollakiurie. Cystocèle. Rétroflexion utérine en connexion avec une tumeur du côté gauche du pelvis, aussi grosse que le poing et qui fut considérée comme une tumeur maligne de l'ovaire.	6 sem.	Ablation des annexes gauches. Ovaire très peu hypertrophié ? Utérus normal. Annexes droites paraissant indemnes. Tumeur papillomateuse dans la poche de Douglas, qui était la trompe gauche et qui avait envahi la partie supérieure du ligament large. Ascite constituée par du liquide citrin. L'ovaire gauche et le ligament large furent jetés et ne purent être examinés à fond. Guérison. Récidive trois mois après. Tumeur du volume d'une orange dans le Douglas. Deuxième opération exploratrice ; tumeur s'étendant sous la vessie et enveloppant le rectum ; au niveau du pédicule gauche tumeur de la grosseur du pouce ; les annexes droites adhérentes aux parois pelviennes ; papillomes sur la surface de l'ovaire, qui contenait quelques petits kystes translucides ; métastase sur le péritoine. Guérison.

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
liales cylindriques. Dégénérescence des cellules centrales dans certaines régions. Stroma infiltré de petites cellules.			
Trompe gauche contient un gros carcinome. Déchirure au niveau d'une adhérence au ligament large, la paroi de la trompe forme la paroi de la tumeur sauf au niveau du point où s'est produite la rupture ; la trompe mesure 11 sur 9 ; la paroi est envahie jusqu'au péritoine, elle paraît perforée sur deux points. La tumeur est papillomateuse. Carcinome cellulo-cylindrique, sur certains points le stroma rappelle le sarcome.	.....	Herbert-Spencer.	Doran. Select clinical Reports. (The Journ. obst. and. Gyn. of. the British Empire, vol. XVII. N° 1 Janv. 1910, p. 30.)

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
104	52 M	3 enfants. Ménopause à 48 ans.	D et G ?	Pertes jaunes mélangées de sang et douleurs pelviennes pendant les deux dernières années ; violente secousse dans un accident d'automobile ; le lendemain, douleurs abdominales violentes. Température 100° F. ; le jour suivant, crises de douleurs hypogastriques, vomissements et collapsus ; augmentation de volume de l'abdomen, utérus en rétroversion et fixe ; tumeur dans le côté gauche du pelvis de la grosseur d'un œuf de poule, et une tumeur semblable au niveau des annexes droites.	.....	Ablation de la trompe gauche et d'une partie de l'ovaire gauche et des adhérences qui étaient autour. Trompe distendue et paraissant contenir du pus. Utérus légèrement volumineux. Guérison. En bon état de santé deux ans après l'opération.
105	44 M	Nullipare Règles peu abondantes pendant 18 mois.	D et G	Expulsion d'un caillot avec hémorragie considérable et douleurs, suivies d'une légère perte tous les quinze jours et qui allait en augmentant. Anémie. Amaigrissement ; douleurs dans le sacrum ; trois accès de fièvre. Tumeur dure, remplissant le côté droit du pelvis, bosselée, faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal, repoussant l'utérus à gauche, ce dernier difficile à délimiter. Toucher rectal montre masse dure faisant saillie dans la partie postérieure du bassin	3 mois	Ablation des deux annexes et de l'appendice. Résection d'une partie de l'épiploon. Trompes malades et adhérentes jusqu'à la face postérieure de l'utérus. Trompe droite épaissie ; la gauche distendue ; l'appendice adhérent aux annexes droites ; épiploon emporté avec un grand nombre de petites tumeurs. Guérison.
106	42	Règles régulières.	D et G	Douleurs abdominales dans la fosse iliaque gauche, et lombaires, diminuées par la position allongée. Développement de l'abdomen fatiguait beaucoup la malade. Pertes. Abdomen distendu. Tumeur remplissant le bassin, et abondant écoule-	2 ans et 4 mois.	Ablation des deux annexes. Nombreuses adhérences entre les tumeurs, l'épiploon, l'intestin. Ouverture d'un gros kyste à contenu brun verdâtre pendant la dissection de ces adhé-

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Trompe droite, à paroi épaissie, cavité remplie par une tumeur molle, friable. Trompe gauche contenait du muco-pus, de la lymphe recouvrait la face interne de sa paroi; des papillomes étaient dans la lumière. Trompe droite : carcinome glandulaire du type cylindrique.	.....	Walter-Tate.	Tate. Société royale de Médecine de Londres, 3 décembre 1909. Cancer primitif de la trompe de Fallope, associé à une salpingite aiguë. Doran. The Journal of Obst. and Gyn. Janvier 1910 (Select Clinical Reports, p. 35.)
Trompe droite avec des adhérences, paroi épaissie avec des zônes cancéreuses; intérieur rempli d'une matière caséeuse. Trompe gauche du volume d'un gros œuf de poule, couverte d'adhérences à sa surface; paroi avec des parties épaissies et des parties minces; son contenu était analogue au contenu des kystes dermoïdes. Ovaire gauche normal. Carcinomes à cellules cylindriques dans les trompes et l'ovaire droit.	Appendice du volume d'une bille, à son extrémité; le reste paraissait sain. Dans le grand épiploon de petites tumeurs de la dimension d'un grain de millet. Carcinome à cellules cylindriques dans l'appendice.	Walter-Tate.	Doran. The Journal of Obst. and Gyn. Janvier 1910 (Select Clinical Reports p. 37)
Trompe gauche très élargie; surface irrégulière par les adhérences; remplie d'une tumeur solide d'un blanc jaunâtre, non papillomateuse; trompe communiquant avec un gros kyste uniloculaire par son ouverture, qui montre une tu-	.....	Leggg.	Doran. The Journal Obst. and Gyn. Janvier 1910. (Select Clinical Reports, p. 38.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
				ment sanguin. Dans la fosse iliaque droite, grosseur dont le bord droit était convexe; dans la fosse iliaque gauche tumeur semblable ; utérus, qui paraissait gros, occupait le centre de la tumeur et adhérait fortement aux masses droites et gauches. Diagnostic de fibrome sous-péritonéal de chaque côté de l'utérus.		rences en connexion avec les annexes gauches. Trompe droite intimement adhérente au rectum, au cœcum, à l'intestin grêle, et à la face postérieure de l'utérus et du vagin.
107	62	Menstruation régulière. Une grossesse à 26 ans.	D et G	Pertes colorées en rouge (décharge aqueuse est rapportée dans 27 o/o des cas inscrits par Doran sur le cancer primitif, la nature de la douleur est très significative dans ce cas) écoulement devient fétide et purulent ; douleurs dans la fosse iliaque droite avec	6 mois pour les pertes 3 semaines pour les douleurs.	Ablation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale. La tumeur adhérente aux tissus adjacents, la trompe gauche contenait une tumeur médullaire qui semblait s'étendre dans le tissu de la

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
meur molle, qui se projette dans la cavité du kyste; le kyste a l'aspect d'un kyste ovarien; pas de traces de kystes accessoires dans la paroi. La surface interne du kyste est lisse et marbrée. Il est sessile sur la face concave de la trompe ; le contenu est constitué par des caillots de sang et un liquide aqueux. Trompe droite élargie et dilatée, légèrement lisse et lobulée. Dans sa lumière, à partir de l'ostium abdominal, tumeur blanc jaunâtre envahissant toute la circonférence de la trompe, et formant une masse polypoïde; paroi de la trompe amincie, et trompe dilatée à l'extrémité proximale de la tumeur, ostium abdominal ne peut pas être découvert, l'ostium utérin paraît normal, la tumeur est surtout papillomateuse. Ovaire droit non distinct. La tumeur avait les caractères d'un papillome malin dans les deux trompes, l'épithélium était un épithélium cylindrique type, avec plusieurs couches de cellules. Guérison. Pas de récidive en décembre 1909.			
Cancer papillo-alvéolaire remplissant la trompe droite et quelques lésions sur l'ovaire. Extension par les lymphatiques à l'endomètre et à la trompe gauche.	Tissu cellulaire pelvien de la base du ligament large envahi.	Boxer.	Boxer. Monatsch. f. Geb. u. Gyn. t. XXX, f. 5. Novembre 1909. Contribution à l'étude du cancer de la trompe, p. 106. Doran. The Journal of Obst. and Gyn. Brit. Emp., p. 57.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
				irradiation dans le sacrum et la cuisse, déterminant des envies d'aller à la selle, mais la défécation n'était pas douloureuse. Emaciation. Anémie. Masse résistante, impossible à délimiter par la palpation bi-manuelle, était à droite et en arrière de l'utérus.		base du ligament large, qui ne fut pas enlevé à cause de la difficulté pour déterminer la position de l'uretère. Récidive un mois plus tard, mort six mois après.
108	.....	.....	D et G	.....	.....	.....
109	31	Stérile.	D et G	Augmentation de volume de l'abdomen depuis plusieurs mois, perte d'appétit, débilité ; le col était conique ; tumeur sphérique, mobile dans la moitié droite de la cavité pelvienne, s'élevant au-dessus de la symphyse à surface lisse.	.....	Laparotomie, kyste adhérent à l'appendice, à l'épiploon, et à l'intestin grêle. Appendicectomie. Hystérectomie supravaginale. Ablation de la trompe gauche et de l'ovaire gauche. Trompe gauche distendue; ovaire gauche kystique. Guérison ; pas de récidive deux ans après l'opération.
110	44 M	2 enfants à 21 et à 23 ans. Règles régulières	D et G	Depuis le deuxième accouchement douleurs à type annexiel dans les deux fosses iliaques, surtout à droite. Crises douloureuses dans la fosse iliaque gauche avec hémorragies peu abondantes, depuis avril 1901. Utérus augmenté de volume, repoussé en haut et en	15 mois.	Hystérectomie par le procédé de J.-L. Faure. Utérus fibromateux avec deux volumineuses tumeurs salpingiennes très tendues à parois minces, de coloration rouge brun adhérentes au Dou

Caractères de la tumeur.	État des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Cancer papillomateux dans les deux trompes ; quelques lésions cancéreuses sur les ovaires. Impossible de déterminer quelle trompe était le siège primitif.	.....	Boxer	Boxer. Monatsch. f. Geb. ú. Gyn. t. xxx, f. 5. Novembre 1909. Contribution à l'étude du cancer de la trompe, p. 106. Doran. The Journal Obs.. and Gyn. Brit. Emp. p. 57.
Kyste de l'ovaire droit ; trompe droite dilatée communiquait avec le kyste; utérus sain ; trompe gauche dilatée et tortueuse, ovaire gauche avec quelques kystes folliculaires sans traces de lésions cancéreuses. Cancer papillomateux des deux trompes.	.....	Boxer	Boxer. Monatsch. f. Geb. ù. Gyn. t. xxx, f. 5, Novembre 1909. Contribution à l'étude du cancer de la trompe, p. 106. Doran. The Journal Obst. and Gyn. Brit. Emp., p. 57.
Carcinome.	.....	Boursier	Roche. Journ. de Médec. de Bordeaux, 1er mars 1903, p. 152.

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
				avant par une masse annexielle volumineuse remplissant le Douglas, en octobre 1901. Depuis cinq mois perte de sang à deux reprises différentes en petite quantité. Dans les derniers temps avant l'opération, la tumeur augmente rapidement de volume et devient de plus en plus douloureuse au toucher. Tumeur médiane, mobile, divisée en deux côtés, l'un droit, remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis; l'autre gauche, remontant jusqu'à l'ombilic. Masse volumineuse dans le Douglas. Diagnostic de fibrome en voie de dégénérescence.		glas qu'elles remplissaient. Guérison opératoire.
111	64 M.	1 avortement à 40 ans. 1 enfant à 42 ans.	D et G	A 40 ans, inflammation pelvienne. Trois ans après douleurs dans le côté droit de l'abdomen et la région sacro-pelvienne pendant deux mois. Tumeur du volume du poing dans le Douglas et le cul-de-sac droit. Tumeur du volume d'un œuf de poule dans le cul-de-sac gauche. Une sorte de menstruation semble s'être établie pendant ce temps. Douleurs et vomissements fréquents sans émaciation ni hémorragie. Pas d'accroissement apparent des tumeurs.	.....	Hystérectomie subtotale. Ablation des trompes. Trompe droite, dilatée en un gros kyste dans sa partie externe, déchirée pendant la dissection des adhérences pelviennes profondes. Une quantité de sérum jaunâtre s'en échappe. Trompe pleine de papillomes médullaires. Trompe gauche de la dimension d'un œuf de pigeon près de son insertion utérine. Ovaire gauche si petit et si adhérent au tissu pelvien qu'on ne l'enlève pas. Guérison. Pas de récidive au commencement de 1907.

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Adéno-carcinome papillomateux des deux trompes. Pas de traces de sarcome.	Endométrite diffuse. Mais pas de métastases.	....	Dandelski. « Primaeres Tubencarcinom ». Inaugur. Dissert. Wuerzburg, 1907.

TUMEUR EXOSALPINGIENNE

Nos.	Age mariée ou célib.	Enfants Menstruation.	Côté de la tumeur.	Principaux symptômes.	Durée des symptômes avant l'opération	Opération. Résultat.
1	26 M 20 ans	Règles irrégulières (depuis l'âge de 13 ans).	.....	Ménorragies précédées de douleurs abdominales à 22 ans. — A 25 ans, tumeur du volume du poing sur le côté droit de l'utérus. Malade un peu amaigrie, mangeant peu, constipée. Douleurs dans le bas-ventre et la région lombo-sacrée. Leucorrhée légère. Nouvel examen : utérus en rétroversion et légèrement augmenté de volume ; à droite et un peu en avant de lui tumeur du volume des deux poings, bosselée, mobile.	3 ans	Laparotomie. Ascit en très petite quan tité (un verre de li quide.) Tumeur in sérée sur la parti moyenne de la trom pe par un pédicule Ablation de la trom pe et de l'ovaire Guérison.

TUMEUR EXOSALPINGIENNE

Caractères de la tumeur.	Etat des autres organes.	Opérateur.	Index bibliographique.
Trompe de 15 cent. de longueur, coudure au niveau de l'insertion du pédicule de la tumeur, volume normal. Franges du pavillon normales. Cavité de la trompe normale, sauf un peu de liquide visqueux. *Tumeur* s'insère sur la partie postéro-supérieure de la paroi tubaire ; du volume des deux poings ; elle est polylobulée, en choux-fleurs ; elle est *indépendante du pavillon et des franges* ; son pédicule étant sectionné suivant son axe, on voit qu'il s'attache à toute l'épaisseur de la paroi, *son orifice de communication avec la trompe.* Tissu fibreux avec jeunes cellules fusiformes et cellules allongées à gros noyaux ; épithélium cylindrique avec cils vibratiles à la surface ou dans les fentes. Çà et là petites formations kystiques allongées avec revêtement cubique.	.....	Tédenat.	.....

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

COMPLÉTANT CELUI DES TABLEAUX

EPITHELIOMA

1896.

D'ANNA. — Archivio e Atti della Società italiana di Chirurgia. Epitheliome primitif de la trompe, p. 699 et 707.

BORGNA. — Giorno di Gin. di Ped. Torino, nº 24, p. 394-409. Un cas d'épitheliome primitif de la trompe.

1909.

PENKERT. — Réunion libre des gynécol. de l'Allemagne du centre (25 avril). Cancer primitif de la trompe droite.

BENTHIN. — Archiv für Gynaekologie, t. LXXXVII, fasc. Ier — Beitrag zur kenntniss des primaeren Tubencarcinoms.

1910.

BRYDEN GLENDINING. — The Journal of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire. Vol. XVII Nº 1. Janvier 1910, p. 24. A Note on the Spread of Carcinoma by the Fallopian Tube.

RAABE. — Beitraege zur Geb. t. XV f. 2. — Zur Frage der Implantations metastasen in der Laparotomiennarbe nach Exstirpation Karzinomatiser Genitalorgane, Zugleich ein Fall von Tubenkarzinom mit Metastasen in den Bauchdecken.

TUMEUR EXOSALPINGIENNE

WENDELER. — Dans «die Krankheiten der Eileiter» von Martin, p. 9 et suiv.

KOSMANN. — Allgemeine gynaekologie, p. 338-341.

RIEFFEL. — In traité d'Anat. De Poirier et Charpy.

CHORIOEPITHELIOME

SAENGER et BARTH. — Dans die krankheiten der Eileiter von Martin.

USHKOFF. — Méd. Obozren (Moscou) vol. LXXVII (1907), p. 869.

LYMPHANGIOME

FRANZ. — Société d'Obstétr. et de Gynécol. de Vienne (25 mai 1909). Lymphangiome de la trompe.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 29 juin 1910

Pour le Doyen :
Le Professeur délégué,
L. VIALLETON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Montpellier, le 29 juin 1910.

Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Montpellier. — Imprimerie de la Manufacture de la Charité.